



**Universidade de Brasília – UnB**  
**Instituto de Ciências Humanas – IH**  
**Departamento de Serviço Social – SER**

**RODRIGO DA FONSECA DOS SANTOS**

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: UMA ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE  
CONHECIMENTO (2008 - 2018)**

**BRASÍLIA,  
2019.**

**RODRIGO DA FONSECA DOS SANTOS**

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: UMA ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE  
CONHECIMENTO (2008 - 2018)**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Departamento de Serviço Social da Universidade  
de Brasília como requisito para a obtenção do  
grau de bacharel em Serviço Social, sob a  
orientação do Professor Dr. Cristiano Guedes.**

**BRASÍLIA,  
2019.**

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: UMA ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE  
CONHECIMENTO (2008 - 2018)**

**A banca examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social da Universidade de Brasília – UnB, do estudante Rodrigo da Fonseca dos Santos.**

---

**Prof. Doutor Cristiano Guedes de Souza (Orientador)**

---

**Profa. Doutora Lucélia Luiz Pereira (Examinadora Interna)**

---

**Jamila Zgiet Rodrigues Santos - Assistente Social (Examinadora Externa)**

**JULHO,  
2019.**

“Não se curem além da conta. Gente curada demais é gente chata. Todo mundo tem um pouco de loucura. Vou lhes fazer um pedido: Vivam a imaginação, pois ela é a nossa realidade mais profunda. Felizmente, eu nunca convivi com pessoas ajuizadas.”

(Nise da Silveira)

“É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade...”

(Nise da Silveira)

## **AGRADECIMENTO**

Agradeço à minha primeira supervisora de campo de estágio e amiga, Carla Sene, por ter me apresentado a política de saúde mental e ter me conduzido a desvendar essa área tão incrível e desafiadora. Contribuindo imensamente na minha formação.

Aos meus colegas de curso Dyana, Caio e Ana Rúbia por estarem sempre presentes e me ajudando durante toda minha formação acadêmica.

Ao meu marido, Wilian, por ter me ajudado na revisão de texto e ter me acompanhado nessa trajetória toda.

À professora Lucélia pela participação na minha banca examinadora.

À assistente social Jamila por estar me acompanhando na minha trajetória na saúde mental desde o estágio.

Ao meu orientador, professor Cristiano Guedes, pelas contribuições e sugestões dadas durante a elaboração desta monografia.

## RESUMO

O movimento de Reforma Psiquiátrica foi importante para o questionamento e a reflexão da loucura enquanto fenômeno social, político, histórico e institucional. O novo paradigma na Saúde Mental reconhece as pessoas com sofrimento mental como sujeitos de direitos e denuncia o histórico processo de segregação e institucionalização desses indivíduos. O Serviço Social, sendo uma profissão que tem o objetivo de intervir nas múltiplas expressões da questão social, insere-se no campo de saúde mental e pode realizar suas intervenções por meio da apreensão crítica das relações sociais, na percepção da totalidade, e contribuir para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. Este estudo tem o objetivo de examinar a produção de conhecimento do Serviço Social em Saúde Mental no período de 2008 a 2018. Esta pesquisa é de natureza quali-quantitativa e analisou os artigos produzidos por quatro revistas do Serviço Social no país: “*Revista Argumentum*”, “*Revista Textos e Contextos*”, “*Revista Ser Social e*” e “*Revista Serviço Social e Sociedade*”. Das 106 edições e 1.286 publicações exploradas, entre artigos, debates, e entrevistas, apenas 49 foram relacionadas à temática de Saúde Mental. Destas, aproximadamente 33% abordaram o tema de álcool e outras drogas; 12% atuação do Serviço Social em Saúde Mental; 8% raça, etnia e Saúde Mental; 6% trabalho e adoecimento mental; 6% processo sócio-histórico da Reforma Psiquiátrica; e; 35% outros temas. A análise mostrou que o Serviço Social ainda não privilegia o assunto Saúde Mental em suas pesquisas e, quando investiga, concentra na área de álcool e outras drogas. A expectativa é que os resultados dessa análise facilitem a compreensão do andamento da produção de conhecimento do Serviço Social em Saúde Mental e favoreçam a criação de estratégias de pesquisa em áreas pouco exploradas, cooperando para o avanço investigativo da categoria na área de Saúde Mental.

**Palavras-chave:** Serviço Social; Saúde Mental; Produção de conhecimento

## ABSTRACT

The Psychiatric Reform movement was important for the questioning and reflection about madness as being a social, political, historical and institutional phenomenon. The new paradigm in mental health recognizes people with mental suffering as subjects of rights and denounces the historical processes of segregation and institutionalization of these individuals. The Social Work, being a profession that aims at intervening in the multiple expressions of the social question, is inserted in the field of mental health and it can perform its interventions through the critical apprehension of social relations, by considering the perception of the totality of society, and by contributing to the consolidation of the Psychiatric Reform. This study aims at examining the production of knowledge in the field of Social Work in Mental Health from 2008 to 2018 in Brazil. This research is of a qualitative and quantitative nature and it has analyzed the articles produced by four major Brazilian Social Service magazines: “*Argumentum Magazine*”, “*Texts and Contexts Magazine*”, “*Ser Social Magazine*” and “*Social Service and Society Magazine*”. Out of the 106 editions and 1,286 publications explored, including articles, debates and interviews, only 49 were related to the theme of Mental Health. Of these, approximately 33% addressed the topic of alcohol and other drugs; 12% talked about performance of the Social Work in mental health; 8% were about race, ethnicity and mental health; 6% about work and mental illness; 6% on socio-historical process of Psychiatric Reform; and 35% were about other themes. The analysis showed that Social Work does not yet focus on Mental Health in its research and, when investigating the topic, it focuses on alcohol and other drugs. It is expected that the results of this analysis will facilitate the understanding of the progress of knowledge production of the Social Work in Mental Health in Brazil and favor the creation of research strategies in areas which are still little explored, thus cooperating for the investigative advance of the category in the area of Mental Health.

Keywords: Social Work; Mental health; Knowledge production

**LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Gráfico I – Leitos psiquiátricos no SUS por ano (1996 – 2005).....	24
Gráfico II – Número de publicações sobre saúde mental por ano.....	51
Gráfico III – Categorias publicadas sobre saúde mental (2008 – 2018).....	53



**LISTA DE TABELAS**

Tabela I – Publicações por revista.....	51
---	----

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

ABESS – Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social

ALAETS – Associação Latino-Americana de Escola de Serviço Social

Ament – Assistência Multidisciplinar de Média Complexidade em Saúde Mental

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CELATS – Centro Latino-Americano de Trabalho Social

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

CF – Constituição Federal

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CFSS – Conselho Federal do Serviço Social

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNDH – Conselho Nacional dos Direitos Humanos

COI – Centro de Orientação Infantil

COJ – Centro de Orientação Juvenil

CT – Comunidades Terapêuticas

ENESSO – Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social

FHC – Fernando Henrique Cardoso

HRAN – Hospital Regional da Asa Norte

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

MTSM – Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental

NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial

NT – Nota Técnica

PEP – Projeto Ético Político

PL – Projeto de Lei

PFDC – Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão

PNASH – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar

PRH – Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS

PT – Partido dos Trabalhadores

PUC -RJ – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

PUC – SP – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SER – Departamento de Serviço Social

SUS – Sistema Único de Saúde

UnB – Universidade de Brasília

## **SUMÁRIO**

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>14</b>
<b>CAPÍTULO I – Serviço Social e o processo de implementação da Reforma Psiquiátrica no Brasil: limites e desafios.....</b>	<b>16</b>
1.Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil.....	16
1.1 História e Loucura.....	16
1.2 O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	17
1.2.1 O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental.....	17
1.2.2 Início da implantação da rede extra-hospitalar.....	19
1.2.3 Reforma Psiquiátrica pós Lei Federal 10.216 de 2001.....	22
1.2.4 Processo de Desinstitucionalização.....	23
2- Serviço Social e Política de Saúde Mental.....	25
<b>CAPÍTULO II – Política Social e Saúde Mental.....</b>	<b>28</b>
1. Lutas da classe trabalhadora e a origem da política social.....	30
2. Política Social no Brasil.....	33
3. Política Social no neoliberalismo.....	37
4. Nova Política de Saúde Mental.....	39
<b>CAPÍTULO III – Serviço Social no Brasil e o debate sobre Saúde Mental.....</b>	<b>43</b>
1. A produção de conhecimento no Serviço Social brasileiro.....	47
2. Análise da produção de conhecimento em Serviço Social na área de Saúde Mental nos anos de 2008 a 2018.....	50
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>56</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>60</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>64</b>

## INTRODUÇÃO

Esse Trabalho de Conclusão de Curso foi motivada pela minha atuação nos campos de estágio no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN). A experiência no campo de estágio, principalmente no CAPS, possibilitou minha aproximação e admiração pela atuação dos assistentes sociais na Política de Saúde Mental.

Ao mudar de campo de estágio, devida à incompatibilidade de horários com minha supervisora de campo no CAPS, pude perceber que as assistentes sociais no HRAN tinham um certo receio em atender demandas de saúde mental dos usuários, deixando a cargo dos profissionais da psiquiatria e da psicologia.

Desse modo, comprometia-se a análise em sua totalidade do adoecimento mental dos usuários daquela instituição na dimensão sócio-histórica e enquanto construção social, centralizando a intervenção nos saberes biomédicos e comprometendo o processo de Reforma Psiquiátrica na cidade.

Identifiquei que na formação acadêmica de graduação em Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB) não se discutia sobre saúde mental. O que aprendi sobre essa política foi no campo de estágio e em pesquisas bibliográficas. O departamento de Serviço Social da UnB não ofertou nenhuma disciplina sobre o assunto desde 2014, ano em que ingressei no curso.

Assim, é necessário aos graduandos em Serviço Social da UnB buscar disciplinas em outros departamentos da universidade, como o de Saúde Coletiva, que oferta todo semestre a disciplina “*Saúde Mental em Saúde Coletiva*”, no período diurno.

Foi determinante também para a realização dessa pesquisa o cenário político do país, o qual proporciona uma conjuntura de ataques e desmontes à Política de Saúde Mental Brasileira.

A crise política-econômica-institucional que assola o Brasil, iniciada em meados dos anos 2014, determinou a intensificação da subordinação dos direitos sociais à lógica orçamentária e da política social à política econômica, comprometendo as conquistas dos movimentos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica e a concepção da saúde como *direito de todos e dever do Estado*.

A conjuntura social brasileira, expressa pela crise do país, gera impactos diretos nas políticas sociais e nos serviços de Saúde Mental, sobrecarregando e desqualificando a

atenção em saúde e precarizando ainda mais o atendimento à população usuária. O modelo econômico e político vigente tende a legitimar um Estado cada vez mais submisso aos interesses econômicos e políticos da burguesia em consonância com uma ampla prevalência da financeirização da economia (SILVEIRA; DIAS, 2018).

Exige-se, então, dos assistentes sociais uma capacidade de reflexão e de senso crítico aguçado nas suas práticas profissionais. O projeto ético-político e o projeto pedagógico do Serviço Social contemplam “*um conjunto de valores e de diretrizes, os quais estabelecem as dimensões investigativa e interventiva como princípio formativo e condição central da formação profissional e da relação teoria e realidade*” (ABESS, 1997, p.61).

Segundo Guerra (2009), esse perfil de profissional, entre outras exigências, determina a necessidade de um sólido referencial teórico-metodológico, que permita um rigoroso tratamento crítico-analítico, um conjunto de valores e princípios sociocêntricos adequados ao *ethos* do trabalho e um acervo técnico-instrumental que sirva de referência estratégica para a ação profissional.

Espera-se, portanto, que os assistentes sociais utilizem a pesquisa para identificar e construir estratégias que venham a orientar e instrumentalizar a ação profissional, permitindo não apenas o atendimento das demandas imediatas e/ou consolidadas, mas sua reconstrução crítica (idem).

Diante disso, o presente estudo buscou analisar a produção de conhecimento do Serviço Social em Saúde Mental no Brasil no período de 2008 a 2018. Para tanto, serão exploradas as publicações de quatro revistas científicas importantes do Serviço Social no Brasil nessa temática: *Revista Textos e Contextos*; *Revista Ser Social*, *Revista Argumentum*; e *Revista Serviço Social e Sociedade*.

Antes da análise dos trabalhos científicos propriamente ditos, procurei abordar assuntos e contextos importantes para compreender o Serviço Social na área de Saúde Mental.

Por conseguinte, essa monografia está estruturada em três capítulos: 1) Serviço Social e o processo de implementação da Reforma Psiquiátrica brasileira; 2) Política Social e Saúde Mental no Brasil; e 3) Serviço Social no Brasil e o debate sobre Saúde Mental.

No capítulo 1, abordam-se os processos históricos da Reforma Psiquiátrica brasileira; a construção da Política de Saúde Mental no Brasil; o desenvolvimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); normativas; história do Serviço Social na área de Saúde Mental; e os atores envolvidos em todos esses processos.

Já o capítulo 2 propõe explorar a discussão a respeito da política social nos países centrais e no Brasil, nos seus contextos sócio-históricos; as transformações e os impactos provocados pelo neoliberalismo e sua relação com as mudanças na Política de Saúde Mental no Brasil.

O capítulo 3 procurou relatar e examinar a produção de conhecimento do Serviço Social brasileiro e analisar a produção de conhecimento em Saúde Mental entre 2008 a 2018 pelo Serviço Social no Brasil.

Por fim, são apresentadas as considerações finais deste estudo, procurando sintetizar as principais discussões levantadas ao longo do trabalho e fazendo algumas recomendações que possam contribuir para a categoria representativa do serviço social e para a Política de Saúde Mental.

## **METODOLOGIA**

A pesquisa social faz parte do Serviço Social. Ela tem valor central na atuação profissional e na aproximação da realidade social; é por meio dela que se realiza um processo sistemático de ações, visando investigar / interpretar, desvelar um objeto que pode ser um processo social, histórico, um acervo teórico ou documental (GUERRA, 2009).

Com a investigação é possível analisar o processo de produção e reprodução da vida social sob o capitalismo, no âmbito do qual o Serviço Social se situa, visando a instrumentalização do assistente para a elaboração de projetos de intervenção e para a intervenção propriamente dita (GUERRA, 2009).

Considerando a importância da dimensão investigativa para o Serviço Social, este trabalho pretende analisar se e como ocorre a produção de conhecimento no âmbito do Serviço Social em Saúde Mental no período de 2008 a 2018.

Para tanto, foi utilizado o método quali-quantitativo. Minayo (2006) compreende que

As abordagens quantitativas e qualitativas exigem teorias e métodos próprios e se prestam a fins de natureza diferenciada: as primeiras visam a dimensionar e a quantificar os dados de processo ou de resultado. E as segundas são apropriadas para aprofundar a história; captar a dinâmica relacional de cunho hierárquico, entre pares ou com a população; compreender as representações e os símbolos e dar atenção, também, aos sinais evasivos que não podem ser entendidos por meios formais (p. 193).

Os dados foram coletados por meio das publicações disponibilizadas nos *websites* das revistas científicas do Serviço Social – Revista Serviço Social e Sociedade, Revista Ser Social, Revista Textos e Contextos e Revista Argumentum.

Foi analisado o conteúdo de todas edições publicadas no período de 2008 a 2018, entre artigos, ensaios, dossiês, entrevistas e resenhas. Optou-se por verificar todos os artigos das 106 edições das revistas, em invés de pesquisar por palavras-chaves, para não ocorrer que trabalhos sobre o tema fossem perdidos.

Para a realização do levantamento de trabalhos científicos sobre a temática, foram verificados os títulos, resumos e palavras-chave de cada trabalho produzido nas edições pesquisadas e, após a identificação, realizou-se a indexação do assunto de cada publicação, separando os dados por ano, edição e revista, resultando na definição de seis categorias por assunto publicado: álcool e outras drogas; atuação do Serviço Social na Saúde Mental; raça / etnia e saúde mental; trabalho e adoecimento mental; processo sócio-histórico da Reforma Psiquiátrica; e outros.

De posse desses dados, foi mensurada a quantidade de artigos por ano, por revistas e por assuntos. A seguir, foi examinado o conteúdo dos trabalhos classificados e refletida a discussão sobre saúde mental pelo Serviço Social no Brasil.



## CAPÍTULO I

### SERVIÇO SOCIAL E O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: LIMITES E DESAFIOS

#### 1- Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil

##### 1.1 História e loucura

Este capítulo analisará a loucura enquanto fenômeno social, político, histórico e institucional, pela perspectiva crítica e dialética, no contexto da sociabilidade burguesa no sistema capitalista, principalmente em sua fase monopolista.

Historicamente, os assim chamados “loucos” ou “alienados mentais” foram segregados e marginalizados da sociedade. Segundo Foucault (1972), em sua obra *História da Loucura*, a exclusão dos loucos foi acentuada após a Idade Média e com advento do racionalismo, na Idade Moderna. O fenômeno da loucura passa a ser considerado uma falta de razão. O que antes representava um fenômeno complexo passou a ser visto como um fato negatizado, desvalorizado e/ou fora da normalidade (FOUCAULT, 1972).

No início da Idade Contemporânea, o discurso médico se apropria da loucura, com o surgimento da psiquiatria. Entre os séculos XVIII e XIX, o fenômeno da loucura é legitimado como doença e passa a ser considerado perigoso, criminoso e até mesmo contagioso.

A psiquiatria localiza o sujeito e lhe garante uma função determinada dentro da comunidade. O papel do “louco” passa a ser o papel do “doente” que necessita de cuidados médicos. Ele passa a ocupar um lugar, o lugar da legitimação médica, o lugar de “paciente”. Ele se torna passivo sob o poder médico no cenário rígido do hospital, guiado pelas regras cotidianas do ambiente que legitima ainda mais o papel que lhe foi concedido (OLIVEIRA, 2011, p. 11).

O tratamento oferecido era feito por meio do isolamento de pessoas com sofrimento psíquico em hospitais psiquiátricos, pois acreditava-se que esses indivíduos representavam um perigo à sociedade. Foi assim que surgiram os primeiros manicômios. Conforme defende Basaglia (2005), os manicômios nasceram para defender os “sãos” das pessoas tidas como desajustadas socialmente. Numa perspectiva funcionalista, o “doente mental” deveria ser mantido a distância, para não perturbar o cotidiano e a ordem da sociedade.

Amarante (2007) conclui que o saber médico hegemônico se ocupa das doenças e se esquece dos sujeitos, que ficam apenas como pano de fundo das mesmas. Na Reforma Psiquiátrica, por outro lado, pretende-se colocar o diagnóstico da loucura entre parênteses.

## 1.2 – O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil

Tradicionalmente, a atenção ao campo *psi* é dominada hegemonicamente pelo saber biomédico, na psiquiatria, o que colabora para a medicalização<sup>1</sup> dos comportamentos sociais e para o asilamento, conforme explicado por Amarante:

A história da nossa psiquiatria é a história de um processo de asilamento; é a história de um processo de medicalização social. A ordem psiquiátrica é oferecida como paradigma de organização modelar às instituições de uma sociedade que se organiza. Mesmo tratando, ou procurando tratar, pela via médica, o que lhe é alheio ou que não lhe é exclusivo, como desejam alguns. Mesmo procurando disciplinar o que foi demonstrado, historicamente, ser uma questão de disciplina (AMARANTE, 1994, p. 74).

O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil foi influenciado pelos países europeus no pós II Guerra Mundial; principalmente pela psiquiatria Democrática Italiana, com Franco Basaglia, a qual questionava as instituições psiquiátricas em si e as violações de direitos nelas cometidas contra os usuários com sofrimento mental.

A Reforma no Brasil é iniciada na década de 1970, concomitantemente com o Movimento de Reforma Sanitária, com o Movimento de Reconceituação do Serviço Social e com a construção do Projeto Ético-Político dos Assistentes Sociais, num contexto de declínio da Ditadura Militar e de consolidação do processo de redemocratização no país.

### 1.2.1 – O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

O Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil começou com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que, posteriormente, foi denominado de Movimento Antimanicomial. Era formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e por pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, conforme destacou o documento

1 Medicalização para Amarante significa a psiquiatrização dos problemas sociais. A medicalização da ordem social significa a maior expansão dos preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais (AMARANTE, 2007, p. 51).

apresentado à “Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas” (BRASIL, 2005). A sociedade de então denunciava a violência ocorrida nos manicômios, a mercantilização da loucura e a hegemonia da rede privada de saúde mental.

Inicialmente, o MTSM buscava transformações genéricas de assistência psiquiátrica e de seu modelo hospitalocêntrico e privado; ou a elaboração de ‘alternativas’ inspiradas basicamente em propostas de desospitalização, segundo Amarante:

De forma distinta das propostas anteriores, predominantes na década de 60, que objetivavam transformações de caráter exclusivamente técnico, o projeto do MTSM assume um caráter marcado pela crítica ao saber psiquiátrico que, a partir de então, vem delineando o surgimento da atual concepção de reforma psiquiátrica. Esta vem configurar um processo bastante inovador, original e prolífero, permeado por inúmeras iniciativas práticas de transformação, com o surgimento de novos atores e protagonistas e uma emergente produção teórica, nas quais novas questões surgem no cenário do campo de saúde mental (AMARANTE, 2016, p. 13).

O movimento se organiza e ganha força com o passar do tempo. Em 1987, articula-se o II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru – SP, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. O compromisso ali estabelecido propõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. Defendem uma reforma sanitária democrática e popular, reforma agrária e urbana, a organização livre e independente dos trabalhadores; o direito à sindicalização dos serviços públicos, a criação do Dia Nacional de Luta Antimanicomial (em 1988) e repudiam a mercantilização da doença e uma reforma sanitária privatizante e autoritária (Manifesto de Bauru, 1987).

No mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, na cidade do Rio de Janeiro. A Conferência Nacional de Saúde Mental foi o desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde<sup>2</sup> e representou um marco histórico na Reforma Psiquiátrica brasileira, pois defendeu que a política nacional de saúde mental necessitava estar interligada à política nacional de desenvolvimento social do Governo Federal (BRASIL, 1987). E lá tratou dos seguintes temas: *Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental*; *Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental*; e *Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental*.

O movimento e suas articulações trazem reflexões importantes sobre o fenômeno da loucura e do sofrimento mental ao tirar o foco das práticas psiquiátricas centradas em apenas

<sup>2</sup> A 8ª Conferência Nacional de Saúde influenciou a elaboração do artigo 196 da CF de 1988 – *Da Saúde* – e portanto, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Colaborando para o avanço nas garantias de acesso à política de saúde de forma integral e universal.

um saber científico, a psiquiatria, e direcionando o foco para outros campos importantes, como as esferas político-econômicas e a luta social embutida na manifestação do sofrimento psíquico ou mental inseridos no contexto da luta de classes expressa na dinâmica capitalista.

Apresentou-se a seguinte discussão: a loucura é uma doença? É uma alienação mental, social e corporal? É um ato inconsciente de revolta contra a sociedade que é injusta? É apenas uma diferença? É um tipo de sofrimento mental de causas múltiplas? É um problema genético? É uma disfunção cerebral? (BISNETO, 2007).

O campo da saúde mental e da atenção psicossocial escolhe falar de sujeitos em sofrimento psíquico ou mental, pois a ideia de sofrimento nos remete a pensar em um sujeito que sofre, em uma experiência vivida de um sujeito (AMARANTE, 2007). Evita-se a estigmatização e a dicotomia entre anormalidade e patologia. Se, na história, a loucura passou a ser anormalidade, na mesma história ela pode ser restituída à condição de fenômeno inerente às sociedades, e não apenas à marginalidade e ao estigma (BINESTO, 2007).

Portanto, uma abordagem emancipadora do fenômeno da loucura só é possível pelo reconhecimento histórico-dialético da história, para além de uma visão funcionalista/positivista ou neopositivista enraizada na psiquiatria tradicional.

De acordo com Bisneto (2007):

As pesquisas etnográficas mostraram que o comportamento humano varia muito nas diferentes sociedades, podendo ser tão dispar que o que é considerado adequado em uma sociedade pode não sê-lo em outra. Isso questiona os diagnósticos de “transtornos mentais” baseados em padrões de comportamentos sociais ajustados ou não, principalmente na sua aceção de doença fisiológica, pois a medicina procura ser uma ciência positiva. Se um comportamento em uma sociedade é considerado normal, em outra não, isso questiona a positividade da psiquiatria e seu poder de chamar loucura de doença mental puramente orgânica. A loucura passa a ter como referência a base social e cultural, e não apenas a base biológica (p.174).

### **1.2.2 Início da implantação da rede extra-hospitalar**

Os debates e reivindicações do MTSM foram responsáveis pela disseminação da temática de saúde mental na sociedade brasileira e contribuíram para a mudança de paradigma nesta área em direção à desinstitucionalização e à substituição dos leitos psiquiátricos por meio de uma rede de atenção integralizada em saúde mental.

As primeiras ações responsáveis de desinstitucionalização das pessoas com sofrimento mental foram a criação do primeiro CAPS, na cidade de São Paulo, em 1987; e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um

hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, também conhecida como “Casa dos horrores”, que era local de maus-tratos, tortura, humilhação e mortes de pacientes psiquiátricos (BRASIL, 2005).

No mesmo período, são implantados, no município de Santos, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), que funcionam 24 horas. São criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2005).

Tratam-se das primeiras demonstrações, que tiveram grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível (BRASIL, 2005). Elas comprovaram a possibilidade prática da construção de uma rede de cuidados que sirva de substituição ao hospital psiquiátrico de modo eficaz.

Em 1988, é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), com a promulgação da Constituição Federal (CF). O SUS é uma conquista importante dos movimentos sociais para o campo da saúde na perspectiva da integralidade, da universalidade e do controle social, contribuindo para a democratização nas políticas de saúde como um todo.

Um ano depois, em resposta ao MTSM, é criado o Projeto de Lei (PL) nº 3657/1989 do deputado Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores (PT) do Estado de Minas Gerais (MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com sofrimento mental e a extinção progressiva dos manicômios no país. Iniciam-se no campo legislativo e normativo, as lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial no país.

O PL 3657 de 1989, mesmo sem ser aprovado, inspirou legislações estaduais e ações no âmbito do Ministério da Saúde, durante a década de 1990, que determinaram a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental, conforme destaca o documento da “Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas”, do Ministério da Saúde:

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos. É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Os avanços na política de saúde mental na década de 80 e no início da década de 90 do século XX são inquestionáveis, seja na desinstitucionalização, seja na expansão da rede de atenção substitutiva em saúde mental. No entanto, vale frisar que a ofensiva neoliberal expandida na década de 90 no Brasil, é responsável por conter os avanços nas políticas sociais que seguiam a todo vapor.

O Neoliberalismo, que defende o que chama de “Estado mínimo”, é responsável pela redução ou repasse ao setor privado das políticas sociais, reduzindo-as à funcionalidade de manter a reprodução social a custos mínimos. O planejamento econômico impõe contenção de gastos na área da saúde pública, o que é feito pela racionalização dos serviços e implica a diminuição da oferta do atendimento e passagem da responsabilidade para o setor privado (BISNETO, 2007).

É importante destacar como fica a sociabilidade seguida pela lógica do mercado, o que nas palavras de Brites (2017) significa que:

A hipertrofia da lógica do mercado contribui para a privatização do espaço público e para o alargamento do espaço privado, fomentando a despolitização da luta de classes e empurrando partidos e sindicatos para posições defensivas e mesmo para seu desmantelamento. Os resultados desse processo ainda em curso são visíveis e acentuados cotidianamente: desemprego estrutural, crescimento da desigualdade e miséria, violência, guerra permanente, depredação do meio ambiente, militarização da vida social (BRITES, 2017, p. 71).

Contraditoriamente (ou não!), as políticas neoliberais não estão interessadas em diminuir os custos, mas sim, em garantir o lucro da classe dominante e sua hegemonia.

A grande burguesia monopolista tem absoluta clareza da funcionalidade do pensamento neoliberal e, por isto mesmo, patrocina a sua ofensiva: ela e seus associados compreendem que a proposta do “Estado mínimo” pode viabilizar o que foi bloqueado pelo desenvolvimento da democracia política – o Estado máximo para o capital (NETTO, 1995, p.81)

Desse modo, coloca-se em xeque o avanço e a consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Ocorre o processo de efetivação do lucro por meio da loucura, conforme destaca Bisneto (2007):

Dentro desta política os governos estão interessados em diminuir os custos da assistência psiquiátrica dos hospitais do estado. Aproveitam-se da onda neoliberal para não internar pacientes, mesmo sem criar serviços alternativos suficientes, diminuindo verbas e não contratando novos profissionais (...) Os governos continuam interessados em repassar verba pública para os empresários do setor psiquiátrico e “terceiro setor” filantrópicos, através de convênios que pagam internação para os usuários dos serviços de Saúde Mental, para continuar

enriquecendo a burguesia e outros setores conservadores que compõem a base de sustentação de seus mandatos (...) (p.42).

Apesar de todos os ataques neoliberais às políticas públicas durante a década de 90, tem-se a expansão da rede substitutiva de saúde mental com o funcionamento de 208 CAPS. Essa expansão foi de maneira irregular e descontínua, pois dependia dos interesses de cada estado, devida à ausência de ação de implantação efetiva da rede extra-hospitalar no nível federal. Mesmo com o avanço da rede substitutiva, cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde (MS) para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

### **1.2.3 Reforma Psiquiátrica pós Lei Federal 10.216 de 2001**

Após doze anos de tramitação no Congresso Nacional, o PL do deputado Paulo Delgado é aprovado e transformado na lei federal 10.216 em 2001, conhecida como a lei da Reforma Psiquiátrica. A lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com sofrimento mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

A lei foi um marco importante para se pensar um novo modelo pautado na desinstitucionalização da loucura. Essa mudança de paradigma permitiu que se passasse a enxergar pessoas com sofrimento mental como sujeitos e cidadãos.

A regulamentação federal aborda o direito de o tratamento acontecer em ambiente terapêutico, utilizando-se os meios menos invasivos, preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental. Em seu artigo 4º, destaca que a internação somente será indicada quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes. E completa, em seus incisos, que:

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º (...) (BRASIL, 2001).

No entanto, na aprovação da lei houve substituições e modificações do projeto original. É válido ressaltar que a lei foi promulgada na gestão do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), de viés claramente neoliberal. Justificando o enxugamento das propostas

originais e o pouco esclarecimento dos mecanismos para a progressiva extinção dos manicômios, prejudicando a efetivação da substituição dos manicômios pela rede substitutiva.

Ainda assim, a promulgação da lei 10.216 revogou a arcaica legislação de 1934 e impôs novo impulso e ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental<sup>3</sup>, em 2001, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade (BRASIL, 2005).

Nesse momento, são criadas, pelo MS, linhas específicas de financiamento para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico; e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. Isso contribui para a consolidação e a efetivação da Reforma Psiquiátrica no país.

Os avanços são muito bem realçados no documento apresentado pelo MS à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas:

A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente. Neste mesmo período, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado, com a criação do Programa “De Volta para Casa”. Uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica é construída, e é traçada a política para a questão do álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos. (BRASIL, 2005, p. 9).

O processo da Reforma Psiquiátrica é um contínuo e dinâmico, e está em constante luta e (re)construção. Falar de cidadania e de direitos não basta, como não basta apenas aprovar leis, pois não se determina que pessoas sejam cidadãs e sujeitos de direito por decreto, mas por meio de um processo social, que é complexo. É preciso mudar mentalidades, mudar atitudes, mudar relações sociais (AMARANTE, 2007).

#### **1.2.4 Processo de Desinstitucionalização**

---

3 A III Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 2001 e foi um marco importante na história da Reforma Psiquiátrica brasileira. São pactuados democraticamente os princípios, diretrizes e estratégias para a mudança da atenção em saúde mental no Brasil. Com ampla participação dos movimentos sociais, dos usuários e dos familiares, a Conferência consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2005).



A expansão da rede substitutiva e as políticas favoráveis à desinstitucionalização, mesmo que de forma tímida e descontínua, contribuíram para a diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos na década de 90 e no início dos anos 2000, especialmente após a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica.

Como vimos, o processo de desinstitucionalização de pessoas com sofrimento psíquico no país inicia no final da década de 70 e ganha força na década de 90, ainda que sob os ataques neoliberais. É impulsionado em 2002, a partir de uma série de normatizações do Ministério da Saúde que instituem mecanismos claros, eficazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos a partir dos macro-hospitais (BRASIL, 2005). O gráfico abaixo ilustra o movimento de redução de leitos no período de 1996 a 2005.

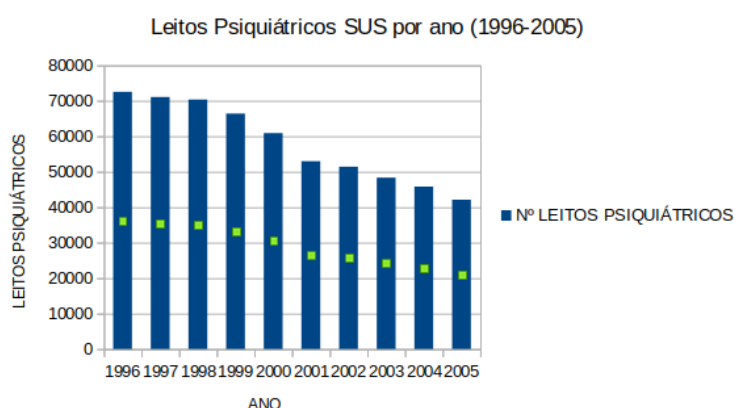


GRÁFICO I – Fonte: BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Ministério da Saúde, 2005.

São programas e ações que contribuíram na desinstitucionalização: Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria); Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH); Programa de Volta para Casa e a expansão de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial e as Residências Terapêuticas (BRASIL, 2005). Representaram respostas aos movimentos dos trabalhadores e usuários da política de saúde no país por meio de congressos, conferências e fóruns.

O PNASH/Psiquiatria foi garantido por meio da Portaria nº 1.727 de 2016 do MS. Já o PRH foi por meio da Portaria nº 1.121 de 2015 do MS e o Programa de Volta para Casa pela Lei Federal nº 10.708 de 2003.

## 2- Serviço Social e Política de Saúde Mental

A inserção do Serviço Social na Saúde Mental no Brasil iniciou-se em 1946, pela atuação no Centro de Orientação Infantil (COI) e do Centro de Orientação Juvenil (COJ)<sup>4</sup>, mas somente ganhou mais espaço na década de 70 nos hospitais psiquiátricos, devido a exigências do INPS – Instituto Nacional de Previdência Social (BISNETO, 2007) e não a demandas dos usuários.

O INPS foi criado em 1966, durante a ditadura militar, num discurso de modernização e racionalização procedendo com reformas no sistema de saúde e previdência.

Segundo Bisneto (2007), o número de hospícios teve um grande aumento após 1964, por conta da administração centralizada e da privatização do atendimento médico.

Com a privatização do atendimento psiquiátrico, houve uma expansão de clínicas psiquiátricas particulares, as quais recebiam recursos públicos via INPS e multiplicavam também a possibilidade de empregar assistentes sociais na área de Saúde Mental.

Na década de 60, com a unificação dos institutos de aposentadoria e pensões, é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e, ao ser privatizada grande parte da economia, o Estado concilia no setor saúde pressões sociais com interesse de lucro por parte dos empresários. A doença mental torna-se definitivamente objeto de lucro, uma mercadoria. Ocorre sim, um enorme aumento do número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados, principalmente nos grandes centros urbanos. Chega-se ao ponto de a Previdência Social destinar 97% do total de recursos da saúde mental para as internações na rede hospitalar (AMARANTE, 1994, p.79).

A preocupação do governo na ditadura militar com os hospícios não era a loucura, conforme destaca Bisneto (2007), mas a pobreza, o abandono e a miséria, que saltavam à vista e que geravam contestações da sociedade, principalmente após a incorporação do atendimento aos trabalhadores e seus dependentes na rede previdenciária de assistência mental.

Percebe-se que a função do Serviço Social nesse período é colaborar com os interesses do Estado na legitimação do sistema vigente e no controle da população.

(...) é possível analisar que o governo da ditadura militar tentou repetir a história, usando o Serviço Social em Saúde Mental nos anos 1970, tal qual o Estado, o empresariado e a Igreja, que, aliados, nas décadas de 1930 e 1940, implantaram o Serviço Social no Brasil visando aspectos econômicos, políticos e ideológicos, ou seja, facilitar a acumulação capitalista, controlar os trabalhadores e legitimar o

4 Os COI/COJs foram inspirados no modelo americano *Child Guidance Clinics*. Este modelo, com viés higienista, buscava tratar e diagnosticar crianças-problemas e implementar uma educação higienista nas escolas e na família. Segundo Bisneto (2007), foi o nascimento do “Serviço Social Clínico” no Brasil.

modelo social. E, com o fim do “milagre econômico”, após 1974, o setor Saúde se tornou essencial para legitimar o estado autoritário, e particularmente o setor Saúde Mental, quando o atendimento se estendeu aos trabalhadores e seus familiares modelado pelo Estado (SOUZA, 1986, p. 30).

Nos anos 80, novos fenômenos foram responsáveis pela mudança da relação entre Serviço Social e Saúde Mental. A conjuntura do Movimento de Reforma Psiquiátrica introduziu novas variáveis que afetaram o Serviço Social.

Com a expansão do movimento de Reforma Psiquiátrico e da Luta Antimanicomial, a psiquiatria necessitou abrir espaço para outros saberes e poderes, dando espaço para a multidisciplinaridade no campo de saúde mental, e para a inserção de uma nova dimensão, social e política, dos problemas mentais. Tudo isso possibilitou uma direção emancipadora para a inserção do Serviço Social na Saúde Mental.

O Serviço Social contribui, portanto, para a transformação de

uma psiquiatria tipo problema-solução, com ênfase na causalidade linear da loucura (psiquiatria tradicional), em uma psiquiatria que vive dialeticamente as contradições da realidade, que recusa as soluções puramente técnicas do problema mental, e que tem de ser política, principalmente as correntes psiquiátricas que põem em xeque as próprias instituições manicomiais, a desapropriação e a violência perpetrada por elas. Essas linhas psiquiátricas podem ser chamadas de Psiquiatria renovada, de psiquiatria reformada, de nova psiquiatria ou de psiquiatria de desinstitucionalização (...) (BISNETO, 2007, p. 32).

É importante ressaltar que o Movimento Antimanicomial, na perspectiva teórica, baseou-se principalmente nas análises foucaultiana e basagliana, sendo a presença do marxismo apenas pontual (VASCONCELOS, 2017). Portanto, possibilitou ao Serviço Social contribuir nesta lacuna teórica, ao valorizar o marxismo e suas complexas construções teórico-conceituais para análise da conjuntura econômica e política mais ampla, que incide e tem profundas consequências no campo da saúde mental e da Reforma Psiquiátrica, principalmente no contexto neoliberal e de crise econômica e das políticas sociais (idem).

O Movimento ocupou bastante tempo no debate micropolítico e em suas dimensões culturais, institucionais, profissionais e epistemológicas (VASCONCELOS, 2017). Todavia, para fazer avançar a Reforma Psiquiátrica, principalmente na conjuntura neoliberal, é necessária a produção de análises políticas que considerem o cenário macropolítico, identificando mais claramente os limites e as possibilidades que influenciam estruturalmente seu avanço (VASCONCELOS, 2012).

Perante o exposto, verifica-se que as análises dialéticas das políticas na conjuntura tornam-se indispensáveis, uma vez que são fundamentais para orientar o debate sobre as

estratégias políticas atuais e futuras dos atores e dos movimentos sociais que lutam no campo de saúde mental (VASCONCELOS, 2012).

Se o Serviço Social entrou na política de Saúde Mental como mais uma das medidas racionalizadoras do sistema saúde-previdência, agora é chamado a contribuir na consolidação da Reforma Psiquiátrica e na crítica à sociedade burguesa e ao capitalismo com sua correlação com a loucura.

## **CAPÍTULO II – POLÍTICA SOCIAL E SAÚDE MENTAL NO BRASIL**

Para entendermos melhor a Reforma Psiquiátrica e a Política de Saúde Mental no Brasil, é necessário compreendermos o significado da política social e da Questão Social, bem como os atores envolvidos e as transformações ocorridas na sociedade em decorrência do amadurecimento do sistema capitalista.

A origem da política social está relacionada às respostas e formas de enfrentamento às expressões da Questão Social no capitalismo. Conforme Pereira (2009), a política social surge nos fins do século XIX, em resposta a conflitos sociais adensados pelo avanço da industrialização e por uma progressiva conquista de direitos pelos trabalhadores.

É válido ressaltar o que se entende por questão social. Para Netto (2001), a expressão “Questão Social” tem um histórico recente. Começou a ser debatida na terceira década do século XIX, surgindo para nomear o fenômeno do pauperismo. A pauperização da população trabalhadora foi resultado do capitalismo industrial e crescia na mesma medida em que aumentava a produção.

Portanto, a Questão Social, baseada na crítica da economia política feita por Marx e Engels, está relacionada às contradições entre capital e trabalho, inerentes à sociedade capitalista. Nesta sociedade, a riqueza socialmente produzida é distribuída de forma desigual; isto é, é concentrada e acumulada em uma classe social específica, a burguesia, implicando no empobrecimento da classe trabalhadora e também na consciência dessa classe e na luta política dela contra seus opressores.

O Estado aparece na sociedade capitalista com o papel de mediador de classes. As políticas sociais são resultantes, portanto, de relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e lutas de classes que envolvem o processo de produção e reprodução do capitalismo (BERING; BOSCHETTI, 2011).

É importante destacar que só é possível pensar em política social pública na sociedade burguesa a partir da emergência do capitalismo monopolista<sup>5</sup>. Para Netto (2011), com a

5 No final do século XIX o capitalismo concorrencial, caracterizado pelo domínio do liberalismo (livre concorrência), dá espaço para uma nova fase do sistema, a era monopolista. O capitalismo monopolista é caracterizado pelo amadurecimento do sistema, pelo controle do mercado e pela submissão do Estado burguês ao capital. Para Netto (2011), a idade do monopólio altera significativamente a dinâmica inteira da sociedade burguesa: ao mesmo tempo que potencializam as contradições fundamentais do capitalismo (...) deflagra complexos processos que jogam no sentido de contrarrestar a ponderação dos vetores negativos críticos que detona.

consolidação da ordem monopólica, o que ocorre é a crescente e efetiva subordinação das políticas sociais privadas às públicas, o que não se passa sem conflitos e colisões.

O Estado liberal passa a ser predominantemente Estado social na fase monopolista do capital no século XX. Essa transformação é determinada principalmente pela mobilização e organização da classe trabalhadora. Criam-se condições favoráveis para a construção de um sistema de proteção social; e são reconhecidos alguns direitos aos trabalhadores, mas sem colocar em xeque os fundamentos do capitalismo.

Para Pereira (2009), esse contexto histórico, social e político é marcado pelo *Welfare State* (Estado de Bem-Estar). Este modelo estatal de intervenção na economia de mercado que, ao contrário do modelo liberal que o antecedeu, fortaleceu e expandiu o setor público e implantou e geriu sistemas de proteção social.

O termo *Welfare State* foi adotado após a Segunda Guerra Mundial, por indicação do arcebispo inglês William Temple. No entanto, segundo Perreira (2009), tornou-se usual entre os modernos estudiosos da política social remeter essa denominação ao final do século XIX, para nomear fatos que consideram estar na origem desse Estado.

Para Pereira (2009),

A correspondência direta entre o desenvolvimento do capitalismo rumo à industrialização, a formação dos Estados nacionais e a transformação destes em democracia de massas, no marco da Revolução Francesa, constituem – tanto para pensadores clássicos como modernos – os determinantes fundamentais da aparição do *Welfare State* no século XIX (p. 26).

Embora alguns autores façam uma associação direta entre política social e *Welfare State* ou Estado de Bem-Estar, Pereira (2009) entende que não é possível estabelecer tal relação. Os dois não são a mesma coisa. Para essa autora, o Estado de Bem-Estar, ao contrário da política social, tem uma conotação histórica e normativa específica, que decorre do fundamento, dinâmica e institucionalidade próprios do perfil capitalista regulado que passou a vigorar a partir da Segunda Guerra Mundial. Já a política social tem caráter e escopo genéricos, o que lhe permite estar presente em toda e qualquer ação que envolva intervenção do Estado (PEREIRA, 2009).

É importante ressaltar que a constituição do Estado de Bem-Estar, no século XIX, ocorreu exclusivamente nos países centrais devido a contextos econômicos, sociais e políticos, e à perspectiva de universalização e de agregação de direitos políticos e sociais aos

direitos civis já existentes (PEREIRA, 2009). Verifica-se a relação direta entre Estado de Bem-Estar, política social e cidadania social.

Conforme Pereira (2009),

(...) onde se imperou ou impera o liberalismo e não existiu ou existe cidadania social desenvolvida, não existem *Welfare State* e política social, porque não existem medidas capazes de modificar as forças do mercado e garantir aos cidadãos pelo menos três coisas: um mínimo de renda, independente de sua inserção no mercado de trabalho; segurança social contra contingências sociais, como doenças, velhices, abandono, desemprego; e oferta, sem distinção de classe e status, de serviços sociais básicos. Ou seja, para a concepção que preza a relação virtuosa entre *Welfare State*, a política social e a cidadania social, não há Estado de Bem-Estar e política social na ausência dessas condições prévias (p. 38).

Desse modo, verifica-se que não houve Estado de Bem-Estar nos países periféricos. A constituição das políticas sociais nesses lugares ocorreu em tempos e modos diferentes dos países centrais. O processo histórico de formação e consolidação das políticas sociais no Brasil será tratado no item 3 deste capítulo.

A seguir, discutiremos o papel desempenhado pela classe trabalhadora para a constituição e expansão das políticas sociais. A luta da classe trabalhadora foi fundamental para a construção do Estado de Bem-Estar e também no avanço da política de saúde, seja na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) – com caráter universal e integrado – seja na construção da Reforma Psiquiátrica no país.

## **1. Lutas da classe trabalhadora e a origem da política social**

Conforme discutido anteriormente, a gênese da política social pública ocorreu nos países centrais na fase monopolista do capitalismo. Todavia, não foi um processo simples e pacífico. Ocorreu, e ocorre até os dias atuais, por meio de embates devidos aos interesses antagônicos entre as classes sociais.

Como verificamos, a acumulação das riquezas e a consequente exploração do “homem pelo homem” resultaram no processo conhecido como luta de classes. A mobilização e a organização da classe trabalhadora foram determinantes para a mudança da natureza liberal do século XIX e início do século XX (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). O Estado, por meio da política social, tende a atender ora interesses da burguesia, ora interesses da classe trabalhadora. Esse movimento é determinado pela correlação de forças entre as classes.

A política social, como um componente ou produto que é, da velha e conflituosa relação entre Estado e sociedade, no marco das formações sociais de classe (não importam a natureza e a idade que tenham), vai sempre lidar com interesses opostos, já que resulta da pressão simultânea de sujeitos distintos (PEREIRA, 2009, p. 28).

O surgimento das políticas sociais foi gradual e diferenciado entre os países, dependendo: dos movimentos de organização e de pressão da classe trabalhadora, do grau de desenvolvimento das forças produtivas, e das correlações e composição de fora no âmbito do Estado (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 64).

A mobilização da classe trabalhadora está relacionada à consciência da miséria crescente do proletariado. Para Pereira (2009), segundo as teorias de Marx, o bem-estar é sempre uma conquista da classe trabalhadora, pois,

no sistema capitalista, a gestão da riqueza, deixada à mercê dos mecanismos impessoais do mercado, não leva em conta as necessidades humanas e o princípio da cooperação. Pelo contrário, impera, sob tal regime, a coerção e a competição. Sendo assim, os valores do bem-estar não podem fazer parte desse tipo de sociedade. Para que haja prevalência desses valores torna-se necessário que a produção seja regida por um critério social e a distribuição pelos imperativos das necessidades humanas. Isso, por seu turno, requererá que o domínio do mercado, da propriedade privada dos meios de produção e da produção de lucro seja extinto e haja o controle comunal sobre as condições de vida (p. 125).

Portanto, na visão de Marx, o bem-estar só será possível com a *ditadura do proletariado* e quando o Estado for superado e substituído por uma sociedade sem classes. Segundo Pereira (2009), esta foi a razão pela qual Marx prestou pouca atenção às *Poor Laws*<sup>6</sup> e às políticas de saúde, de educação pública e de habitação realizadas no século XIX; preferindo, ao contrário, encarar os problemas que as ensejaram como peças de acusação contra o sistema capitalista e contra a plausibilidade das reformas sociais.

Verificam-se os dilemas, limitações e ambiguidades da política social. Ela têm um papel importante na manutenção do sistema capitalista, mas também é essencial à sobrevivência da classe trabalhadora. Desse modo, enquanto não superarmos o sistema capitalista e for inaugurada uma nova ordem social e econômica, as políticas sociais manifestam as conquistas dos trabalhadores, principalmente em seu papel de ampliar a cidadania e de desfocalizar ações voltadas apenas para a pobreza extrema.

---

6 As *Poor Laws* ou Lei dos Pobres inglesas foram regulamentações pré-industriais. Elas enxergavam os pobres como um perigo à ordem pública e não como titulares de direitos. Segundo Pereira (2009), datam do século XIV e constituíam um conjunto de regulações sociais assumidas pelo Estado, a partir da constatação de que a caridade cristã não dava conta de conter possíveis desordens que poderiam advir da lenta substituição da ordem feudal pela capitalista, seguida de generalizada miséria, desabrigamentos e epidemias.



No final do século XIX e início do século XX, principalmente no período pós II Guerra Mundial, colocou-se em xeque a utopia liberal, a qual acreditava que os indivíduos, ao buscarem seus interesses individuais e melhores condições de existência, tenderiam a melhorar o bem-estar coletivo. Todavia, o processo na verdade expressou o realçamento da exploração e da desigualdade social e econômica.

Para Behring (2009), o enfraquecimento das bases materiais e subjetivas de sustentação dos argumentos liberais ocorreu ao longo da segunda metade do século XIX e no início do século XX, como resultado de alguns processos político-econômicos, dos quais vale destacar dois: o crescimento do movimento operário e a monopolização do capital, pelo qual cada vez mais o mercado passou a ser liderado por grandes monopólios; e a criação de empresas, que vão depender de um grande volume de investimento, dinheiro emprestado pelos bancos, numa verdadeira fusão entre o capital financeiro e o industrial.

Como forma de reação aos limites do liberalismo e do sistema capitalista como um todo, pois nos anos 1929-1932, o capital passava por uma das maiores crises até o momento, surgem, nos países centrais, questionamentos que colaboraram para aceitação da tese do economista britânico John Keynes, a qual defendia que cabe ao Estado o papel de restabelecer o equilíbrio econômico, por meio de uma política fiscal, creditícia e de gastos, realizando investimentos ou inversões reais que atuem, nos períodos de depressão, como estímulo à economia (BEHRING, 2009).

Portanto, muda-se o paradigma da relação do Estado com a sociedade nos países centrais. Ao keynesianismo agregou-se o *pacto* fordista – da produção em massa para o consumo de massa e dos acordos coletivos com os trabalhadores do setor monopolista em torno dos ganhos de produtividade do trabalho, conforme destaca Behring (2009).

Com a mudança do modelo de intervenção estatal foram necessárias novas análises macroeconômicas. Desse modo, é válido ressaltar as teorias dos seguidores de Marx, os quais procuraram explicar as transformações sociais e políticas, principalmente no século XX, pois as mudanças verificadas na estrutura e nas competências do Estado, inexistentes na época de Marx, precisavam agora ser interpretadas, dando ênfase aos aspectos políticos e sociais presentes no funcionamento do Estado capitalista (PEREIRA, 2009, p. 126).

Com Gramsci, por exemplo, temos a concepção de Estado ampliado, na qual a sociedade civil é considerada como parte estruturante do processo que orienta a vida em sociedade, podendo ser a representação do próprio Estado. Para o autor, para além do Estado

como mero representante da burguesia, está a sociedade civil, de forma coordenada, a qual assume papel, que a coloca também como responsável pela elaboração e disseminação de ideologias por meio da representação institucional, tais com escola, igreja, sindicatos e partidos políticos (PEREIRA; RIBEIRO; SOBRINHO, 2018).

Portanto, o Estado é capturado pelo capitalismo via burguesia, mas à medida que as classes subalternas buscam legitimidade no jogo democrático, por meio das reivindicações, ela fez seus interesses incidir em as ações do Estado, e é nesse processo de tensão entre os ditames monopolistas e os conflitos sociais que se insere a política social, como braço do Estado no trato para com as demandas advindas das relações de produção, leia-se, Questão Social (NETTO, 2003).

Constitui-se então, a política social, como instrumento, via Estado, de atendimento de demandas sociais, as quais podem favorecer o segmento dos trabalhadores ou da burguesia, dependendo da ocupação do espaço público dos atores pertencentes à sociedade civil. E lá se faz necessária para amenizar as desigualdades sociais inerentes ao modo de produção capitalista e para concretizar direitos e viabilizar cidadania.

## **2. Política Social no Brasil**

O surgimento e o desenvolvimento da política social no Brasil ocorreram em tempos e contextos diferentes dos países capitalistas centrais. Para compreendermos esse processo, é necessária a análise histórico-dialética da formação do capitalismo no país. Para tanto, usaremos como base as análises das autoras Behring e Boschetti (2011) e dos historiadores Padro Júnior e Fernandes, dentre outros.

As particularidades históricas do Brasil estão relacionadas ao seu passado de dominação e exploração com raízes na escravidão e no colonialismo, as quais foram e são determinantes nas relações sociais brasileiras.

O processo de colonização entre os séculos XVI e XIX foi decisivo para a subordinação e dependência do Brasil-Colônia ao mercado mundial e serviu à acumulação originária de capital nos países centrais. Os períodos seguintes, pós proclamação da Independência e pós proclamação da República, não modificaram a submissão brasileira ao mercado externo e ainda marcam presença na sociedade brasileira.

Nesse sentido, Prado Júnior, segundo Behring e Boschetti (2011, p. 72), destaca que “a acumulação originária, o colonialismo e o imperialismo são momentos de um sentido geral: uma sociedade e uma economia que se organiza para fora e vivem ao sabor das flutuações de interesses e mercados longínquos.”

Com a revolução industrial nos países centrais, surgem pressões para a extinção da escravidão nas antigas colônias que ainda conservavam o regime escravocrata, pois a industrialização demandava cada vez mais um mercado consumidor. E o trabalho escravo passava a ser mais caro em relação ao trabalho “livre”, assalariado. Desse modo, em 1888, com a expansão do capitalismo e com as imposições da economia internacional, o Brasil, tardiamente, aboliu a escravidão de modo oficial. Conforme destaca Saffioti (1985, p. 111)

No plano interno, não obstante tivesse o emprego da mão de obra escrava representado, efetivamente, a solução para o estabelecimento da grande empresa agrária exportadora e vitalizadora do capitalismo mercantil internacional, o escravo assumia, progressivamente, a função de negador das relações de produção típicas do sistema capitalista, afetando, assim, negativamente o polo já constituído destas relações de produção: o grande proprietário rural. Não só a miscigenação e o fundamento pecuniário da escravidão constituíam dois fatores de perturbação e de instabilidade nos liames que determinavam a relação senhor-escravo como também a produção baseada na mão de obra escrava se tornava cada vez mais cara relativamente à força de trabalho assalariada (...). A campanha abolicionista, entretanto, não representava, uniformemente, manifestação de uma consciência avançada (...) Lutando pela abolição do trabalho escravo, os brancos lutavam em benefício de seus próprios interesses”, não se importando, pois, em “transformar, como se afirmava, o escravo em cidadão, mas (em) transfigurar o trabalho escravo em trabalho livre.

Na sequência da abolição, a realidade dos ex-escravos não muda muito, pois as condições pós-abolicionismo não os colocaram em condição de cidadãos. O direito ao voto, por exemplo, era vedado aos analfabetos e grande parte dos “homens livres” foram excluídos do acesso ao ensino. Eles também ficaram sem terras, pois tal direito era reconhecido somente aos brancos, e fora do mercado de trabalho, pois os governantes, justificados pelo racismo, preferiram importar a mão de obra dos imigrantes, num processo de embranquecimento do Brasil.

Desse modo, o peso do escravismo na sociedade brasileira marcou as condições do trabalho nas relações sociais e no ambiente cultural brasileiro. Nessa perspectiva, para Fernandes, segundo Behring e Boschetti (2011, p.77), o movimento operário brasileiro em vez de fomentar a competição e o conflito, e nasce fadado a articular-se, estrutural e dinamicamente, ao clima do mandonismo, do paternalismo e do conformismo, imposto pela

sociedade existente, como se o trabalho livre fosse um desdobramento e uma prolongação do trabalho escravo.

O movimento operário ganha força no início do século XX no Brasil. Influenciado pelos pensamentos anarquistas e socialistas europeus trazidos pelos trabalhadores imigrantes. Em 1907 é reconhecido o direito a organização sindical; em 1911 é reduzida a jornada de trabalho para 12 horas diárias e em 1923 é aprovada a Lei Eloy Chaves, que instituiu a obrigatoriedade de criação de Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs) para os ferroviários e marítimos, categorias consideradas estratégicas para a economia da época (BEHRING; BOSCHETTI 2011, p.77).

Na década de 1930, com o governo Vargas, o país passa por uma *modernização conservadora* em suas estruturas políticas e econômicas. A indústria nacional crescia, todavia, “estavam pendentes a regulamentação do trabalho e o enfrentamento da questão social, até então vista exclusivamente como questão de polícia” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.106).

Desse modo, Vargas se esforça para atender algumas demandas da classe trabalhadora para evitar conflitos e problemas na expansão da economia. Assim, ele regulamenta as relações trabalhistas, buscando transformar a luta de classes em colaboração de classes (idem, 2011).

Para Behring e Boschetti (2011), a introdução da política social brasileira teve seu desfecho com a Constituição de 1937 – a qual ratificava a necessidade de reconhecimento das categorias de trabalhadores pelo Estado – e finalmente com a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), promulgada em 1943. Verifica-se que o país acompanhava as tendências internacionais de intervenção do Estado nas manifestações da questão social, no entanto, de um modo menos universal e mais fragmentado.

Após a saída de Vargas do poder em 1945, o país passa por intensas turbulências econômicas, políticas e sociais. Afinal, o Brasil tornou-se um país mais urbanizado, com uma indústria de base já significativa, apesar de a vocação agrário-exportadora permanecer forte, e com um movimento operário e popular mais maduro e concentrado, com uma agenda de reivindicações externas (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Inaugura-se a fase desenvolvimentista no país, na qual o crescimento econômico era baseado na industrialização e na infraestrutura com forte intervenção do Estado, “dentro de uma estratégia de substituição de importações (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.110).” Esse

processo de salto para diante da economia capitalista brasileira acirrava a luta de classes, pois implicava o aumento numérico e a concentração da classe trabalhadora, com suas consequências em termos de maior organização política e consciência de classe (ibidem).

Todavia, esse período foi marcado pela expansão lenta e seletiva da política social. A disputa dos projetos de classes implicou uma certa paralisia no campo da política social. No campo econômico o país passou por uma grande crise no fim da década de 1950 e início da década de 1960, devido ao aumento da dívida externa; queda na produção interna, acarretando uma baixa real dos salários, desemprego e inflação.

No campo político, a instabilidade institucional imperava no país com suicídio de Vargas em 1954, a renúncia de Jânio Quadros em 1961 e a deposição do vice, João Goulart em 1964, culminando no Golpe Militar.

O período da Ditadura Militar (1964-1985), com objetivo de impedir a instalação do socialismo no Brasil, foi marcado pela contenção dos movimentos sociais, num contexto de perda das liberdades democráticas, prisão e tortura, mas também de expansão e modernização das políticas sociais, visando adesão e legitimidade ao bloco militar-tecnocrático-empresarial (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Houve um processo de intensa institucionalização e centralização da previdência, da saúde e da assistência social com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), entre outros. Contraditoriamente, a ditadura militar abria espaços para a privatização das políticas de saúde, previdência e educação, configurando um sistema dual de acesso às políticas sociais – para quem pode e para quem não pode pagar – (BEHRING; BOSCHETTI, 2011), caracterizando o enfrentamento às expressões da questão social por meio de repressão e assistência.

Com o esgotamento do projeto tecnocrático e modernizador-conservador militar e da expansão da economia; elevação da dívida pública e aumento da organização dos movimentos sociais, nas décadas 1970 e 1980, o país passa por um processo de transição para a democracia que condiciona em muito a adesão brasileira às orientações conservadoras neoliberais (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 138).

Assim, a década de 1980 é marcado por reações burguesas à crise do capital. Ganhando força a tese neoliberal, a qual atribui a crise ao poder excessivo dos sindicatos, com sua pressão sobre os salários e os gastos sociais do Estado, o que estimula a destruição dos níveis de lucro das empresas e a inflação (BEHRING, 2009).

Com a expansão e consolidação do neoliberalismo, há impactos significativos nas políticas sociais e nas formas de enfrentamento da questão social pelo Estado. Segundo Behring (2009), a fórmula encontrada pelos capitalistas para enfrentamento da crise gerada pelo próprio sistema foram simplificadamente as seguintes:

1) um Estado forte para romper o poder dos sindicatos e controlar a moeda; 2) um Estado parco para os gastos sociais e regulamentações econômicas; 3) a busca da estabilidade monetária como meta suprema; 4) uma forte disciplina orçamentária, diga-se, contenção dos gastos sociais e restauração de uma taxa *natural* de desemprego, ou seja, a recomposição do exército industrial de reserva que permita pressões sobre os salários e os direitos, tendo em vista a elevação das taxas de mais-valia e de lucro; 5) uma reforma fiscal, diminuindo os impostos sobre os rendimentos mais altos; e 6) o desmonte dos direitos sociais, implicando quebra da vinculação entre política social e esses direitos, que compunha o pacto político do período anterior (p. 10-11).

A década de 90 é marcada pela expansão e consolidação do sistema neoliberal no Brasil, prejudicando as pessoas mais vulneráveis, pois as políticas sociais vão assumindo um caráter cada vez mais residual que “soluciona apenas o que não pode ser enfrentado pela via do mercado, da comunidade e da família” (BEHRING, 2009).

Diante disso, a política de saúde no país é prejudicada e as conquistas do movimento sanitário das décadas 1970 e 1980 são postas em risco. Segundo Lima (2010), ocorre um desfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) vinculada à desconstrução do conceito de seguridade social, que começa a se operar naquele momento, e à lógica de acumulação de capital baseada na reprodução ampliada do capital fictício que se implantou de maneira definitiva com o governo FHC (1994 -2002).

Os ataques e os impactos causados pelas contrarreformas impostas pelo sistema neoliberal serão analisados com mais detalhes no próximo item.

### **3. Política Social no neoliberalismo**

Como visto anteriormente, com o esgotamento do modelo *keynesiano-fordista* de produção e reprodução social e com o declínio do socialismo após a Guerra Fria, o sistema neoliberal se difunde, em nível global, nos finais das décadas de 1970 e 1980, e no início dos anos 1990 no Brasil. Para Pereira (2007), a consolidação desse sistema no Brasil nos anos 90 correspondeu ao período da história da proteção social brasileira que mais enfaticamente incorporou as determinações externas de mudanças econômicas e políticas.

O sistema neoliberal foi imposto em resposta à crise capitalista do final do século XX. Para Meszáros (2003), essa crise não é uma crise cíclica tradicional, mas uma crise estrutural. Isso implica a manutenção do neoliberalismo por longos anos.

Esse sistema entende que o novo cenário econômico não comporta a excessiva presença do Estado, liberando esse espaço para a iniciativa privada. Isso teve como resultado uma alteração na articulação entre Estado e sociedade no processo de proteção social, concorrendo para o rebaixamento da qualidade de vida e de cidadania de considerável parcelas da população do planeta (PEREIRA, 2007).

Além da desregulamentação estatal, foram propostas reformas estruturais, conforme destacou Pereira (2007), tais como: estabilização da economia (adotada no Brasil em 1986 e em 1994); liberalização do comércio (adotada no Brasil em 1990); reforma tributária; privatizações; reforma trabalhista e a previdenciária (em tramitação no Brasil).

Netto (1995) complementa que as tendências no campo das políticas sociais são caracterizadas pela:

desresponsabilização do Estado e do setor público com uma política social de redução da pobreza articulada coerentemente com outras políticas sociais (de trabalho, emprego, saúde, educação e previdência); o combate à pobreza opera-se como uma política específica; a desresponsabilização do Estado e do setor público com uma política social de redução da pobreza articulada coerentemente com outras políticas sociais (de trabalho, emprego, saúde, educação e previdência); o combate à pobreza opera-se como uma política específica; a desresponsabilização do Estado e do setor público, concretizada em fundos reduzidos, corresponde à responsabilização abstrata da “sociedade civil” e da “família” pela ação assistencial; enorme relevo é concedido às organizações não-governamentais e ao chamado terceiro setor; desdobra-se o sistema de proteção social: para aqueles segmentos populacionais que dispõem de alguma renda, há a privatização/mercantilização dos serviços a que podem recorrer; para os segmentos mais pauperizados, há serviços públicos de baixa qualidade; a política voltada para a pobreza é prioritariamente emergencial, focalizada e, no geral, reduzida à dimensão assistencial.

Desse modo, grandes parcelas da população ficam excluídas dos processos civilizatórios, indo para marginalidade social ou para a informalidade das relações sociais, ficando sem direitos de cidadania.

A política de saúde sofre com os seguidos ataques realizados pelas reformas fiscais, as quais, ao privilegiarem o *superávit primário*<sup>7</sup> e desfinanciam a política de saúde e submetem o orçamento da seguridade social à lógica da financeirização do orçamento público.

Lima (2010) destaca que

Concomitantemente ao processo de desfinanciamento do Sistema Único de Saúde e de deterioração dos serviços públicos, observa-se a reconfiguração da relação público-privada. Por determinação da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos passam a ser privilegiadas em detrimento dos hospitais contratados, uma tendência que já vinha sendo operacionalizada desde os anos 1980 e se acentua ao longo da década de 1990. A assistência médica suplementar, isto é, o segmento de planos e seguros de saúde privados também começa a reestruturar e diversificar suas ações empresariais, ao mesmo tempo em que o Estado elabora políticas públicas de apoio a esse setor, que irão competir com as instituições públicas. Isso acontece, particularmente, nas políticas baseadas em deduções e subsídios fiscais, que, ao substituírem as relações diretas entre a previdência social e as empresas empregadoras, irão subsidiar, indiretamente, as empresas médicas, contribuindo para o aprofundamento e a cristalização da segmentação do sistema e dos provedores de serviços de acordo com o status socioeconômico das demandas (p. 283).

No campo de Saúde Mental, há retração do Movimento de Reforma Psiquiátrica e aumento dos problemas psíquicos, senão o de doenças psicossomáticas, de comportamentos bizarros ou estereotipados, de neuroses atuais e do empobrecimento psíquico (Bisneto, 2007). Em reposta, o neoliberalismo incentiva a busca da medicalização através da indústria farmacêutica e do tratamento baseado em remédios como saída para o atendimento em massa, conforme destaca Bisneto (2007).

#### 4. Nova Política de Saúde Mental

A nova Política de Saúde Mental no Brasil expressa a continuação dos ataques às políticas sociais pelo sistema neoliberal. Pois, a nova proposta, a qual utiliza da velha prática política de transferir recursos públicos da saúde mental para a iniciativa privada, implicará no desmonte sistematizado da rede de atenção psicossocial pública e no enfraquecimento ou extermínio da rede substitutiva em saúde mental.

O governo ilegítimo de Michel Temer, instaurado com o Golpe jurídico-parlamentar-

---

7 O *superávit primário* refere-se às contas do governo quando a arrecadação é superior aos gastos, sem considerar os gastos com pagamentos de juros. Basicamente, a formação de *superávit primário* serve para garantir recursos para pagar os juros da dívida pública e reduzir o endividamento do governo no médio e longo prazos. O maior problema é que o Estado, continuamente, desvia recursos da seguridade social para priorizar o alcance do *superávit primário*, garantindo a hegemonia do sistema financeiro em detrimentos das garantias sociais.



mediático em 2016<sup>8</sup> instaurou um processo de ataque e desmonte da Política de Saúde Mental, ao propor mudanças substantivas na forma de financiamento dessa política pública e com o incentivo da expansão dos hospitais psiquiátricos.

A Nova Política de Saúde Mental proposta, sem discussão com a população, pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 2017, aprovada pela Resolução nº 32 do Ministério da Saúde, limitará recursos da RAPS e beneficiará setores segregantes, como hospitais psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas (CT).

As principais mudanças com a alteração da Política de Saúde Mental serão, portanto: a criação da rede de ambulatorios de saúde mental – Assistência Multidisciplinar de Média Complexidade em Saúde Mental (Ament); o incentivo ao aumento dos hospitais psiquiátricos mediante alteração da lógica de financiamento da política de saúde mental e a inclusão das Comunidades Terapêuticas (CT) como serviços de saúde.

Diversas entidades públicas, como a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) e o Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH), manifestaram-se contrários a essa nova política. Segundo Nota Pública da PFDC:

O aumento do custeio de hospitais psiquiátricos contraria frontalmente o dever do Estado brasileiro de garantir a ampliação da rede extra-hospitalar e o tratamento em convívio com a comunidade, sem o qual não é garantida a inclusão da pessoa com deficiência. A proposta é ainda mais grave ao propor o aumento de custeio indistintamente para hospitais que descumprem frontalmente a Lei no 10.216/2001, ao manter pacientes moradores e institucionalizados, sem a necessária reinserção psicossocial dos pacientes (BRASIL, 2017).

Para o CNDH, as alterações da política apontam para um processo de desconfiguração e retrocessos do acumulado de políticas públicas, destacando

a ambulatorização da saúde mental, com a criação do Ambulatório de Saúde Mental (AMENT) como serviço intermediário entre atenção básica e CAPS; retorno do financiamento e dos “fluxos” com os hospitais psiquiátricos; e ampliação do financiamento e fortalecimento das Comunidades Terapêuticas (BRASIL, 2017).

---

8 Em 2016, o Brasil assistiu o golpe jurídico-parlamentar-midiático travestido de legalidade, que destituiu a presidenta eleita democraticamente, Dilma Rousseff, mesmo sem ter tido cometido crimes. O golpe foi uma resposta à crise capitalista, na qual é exigido medidas duras, isto é, contrarreformas, para a garantia de suas rentabilidades e a garantia do recebimento dos juros das dívidas públicas. Segundo Rodrigues (2016), a transição governamental, movida pela grande burguesia visou instaurar ajustes fiscais, por meio de cortes de gastos constitucionais obrigatórios, uma regressiva contrarreforma previdenciária, desvinculação dos benefícios previdenciários da correção do salário mínimo e deste da variação do PIB, para a restauração das taxas de lucro do capital.

É válido ressaltar que as Comunidades Terapêuticas (CT) no Brasil são, majoritariamente, confessionais, ou seja, concebem um modelo de tratamento centrado na oração e na abstinência, desse modo, a religião é imposta como a principal estratégia de tratamento, independentemente das convicções religiosas do indivíduo anteriores ao ingresso nessas instituições de tratamento.

Além disso, diversas CTs prestam serviços sem profissionais qualificados e com violações aos direitos humanos, conforme destacou a inspeção realizada pela Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia (CFP), com adesão integral do conjunto dos Conselhos Regionais de Psicologia, expressado no Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos em 2011.

O Relatório ressalta a ocorrência cotidiana nas CTs do país de

interceptação e violação de correspondências, violência física, castigos, torturas, exposição a situações de humilhação, imposição de credo, exigência de exames clínicos, como o anti-HIV – exigência esta inconstitucional –, intimidações, desrespeito à orientação sexual, revista vexatória de familiares, violação de privacidade, entre outras, são ocorrências registradas em todos os lugares (BRASIL, 2011).

Nitidamente, a inserção das CTs na prestação de serviços de apoio às pessoas com sofrimento mental, principalmente com abuso de álcool e outras drogas, contrapõe os princípios estabelecidos na CF de 1988 e também à legislação federal nº 10.216 de 2011, que assegura os direitos das pessoas com transtorno mental.

Para o Conselho Federal do Serviço Social (CFESS), não é dever do poder público financiar estes serviços e sim reforçar a RAPS pública, garantindo um atendimento digno à população (BRASIL, 2017).

Em 2019, a contrarreforma da política de Saúde Mental é impulsionada, por meio da gestão antidemocrática e autoritária do novo presidente da República, Jair Bolsonaro (Partido Social Liberal - PSL).

No início do ano de 2019 a Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, ligada ao MS, divulgou a Nota Técnica (NT) nº 11/2019 intitulada de “Nova Saúde Mental”, na qual insinua que objetiva esclarecer as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas iniciadas na gestão anterior do presidente Michel Temer. No entanto, foi retirada das plataformas digitais oficiais em pouco tempo após a divulgação.

O regulamento destaca a intenção de romper com a política de desinstitucionalização e incentiva a hospitalização e o tratamento desumanizado. O “novo modelo”, que é uma volta ao antigo modelo de isolamento, centralizado no tratamento hospitalar e na privação da liberdade dos sujeitos, representa um protótipo que não favorece a recuperação, mas a segregação e a violação de direitos dos usuários com sofrimento mental.

Outro fato que ganhou muito destaque foi a reinserção da técnica de eletroconvulsoterapia (ECT) no tratamento das pessoas com sofrimento mental. De acordo com a NT, o MS passa a financiar a compra desse tipo de equipamento para o tratamento de pacientes que apresentam determinados transtornos mentais graves e refratários a outras abordagens terapêuticas (BRASIL, 2019).

Mesmo a NT dizendo que *“as medidas atendem a anseios de movimentos sociais, aos desafios enfrentados diariamente por profissionais da RAPS e às necessidades apontadas em um diagnóstico inédito feito pelo MS”* (BRASIL, 2019, p.5), nota-se que a realidade é oposta, conforme notas e manifestações de conselhos e entidades ligadas à política de Saúde Mental. Na verdade, é evidente a ausência de transparência e de debates com a população, principalmente, com aquela que sofrerá consequências em relação às mudanças propostas.

Diante do exposto, pode-se concluir que a disputa aos recursos públicos é constante no sistema capitalista, verifica-se que as últimas mudanças propostas na Política de Saúde Mental precarizarão os diversos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, como os CAPS, as Residências Terapêuticas, dentre outros, voltando à lógica manicomial e à violação de direitos dos usuários com sofrimento mental e ou abuso de álcool e outras drogas.

Com viés altamente mercadológico, fica explícito que a intenção da “nova política” não está relacionada com a proteção social das pessoas com sofrimento psíquico, mas com a geração de lucro por meio da loucura, incentivando a institucionalização e a marginalização dessa camada da sociedade.

Diante dessa conjuntura e dos riscos impostos à política de saúde mental, abordaremos e refletiremos, no próximo capítulo, a produção de conhecimento pelo Serviço Social sobre Saúde Mental nos últimos anos.

### CAPÍTULO III

#### SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL E O DEBATE SOBRE SAÚDE MENTAL

Para analisarmos a produção de conhecimento no Serviço Social no Brasil é necessário compreender o surgimento, a legitimação e a institucionalização dessa profissão na sociedade brasileira. Para tanto, nessa primeira parte do terceiro capítulo, será realizada uma análise sócio-histórica dessa profissão; suas demandas e atribuições, bem como, os atores envolvidos e as influências teórica-metodológicas ao longo de sua história.

Conforme destaca Yazbek (2009),

(...) é preciso ultrapassar a análise do Serviço Social em si mesmo para situá-lo no contexto de relações mais amplas que constituem a sociedade capitalista, particularmente, no âmbito das respostas que esta sociedade e o Estado constroem, frente à questão social e às suas manifestações, em múltiplas dimensões. Essas dimensões constituem a sociabilidade humana e estão presentes no cotidiano da prática profissional, condicionando-a e atribuindo-lhe características particulares (p. 3)

No caso brasileiro, o Serviço Social se fundamente e se institucionaliza na década de 1930, devido à crescente industrialização e urbanização no país e surge como um dos recursos mobilizados pelo Estado e pelo empresariado, com o suporte da Igreja Católica, na perspectiva do enfrentamento e regulação da Questão Social, quando a intensidade e extensão das suas manifestações no cotidiano da vida social adquirem expressão política (YAZBEK, 2009).

Desse modo, as primeiras décadas do século XX no Brasil são marcadas por uma maior intervenção do Estado “*para o atendimento das novas demandas coletivas, cumprindo também a função de controle social e esvaziamento da mobilização da classe operária em expansão*” (SILVA; CARVALHO, p. 194).

Nesse contexto, o Serviço Social se estrutura como profissão e em 1936 é criada a primeira escola para a formação profissional dos (as) assistentes sociais em São Paulo, em seguida no Rio de Janeiro e em outras localidades onde o capitalismo encontrava-se mais avançado (idem). Uma década depois, em 1946, foi criada a ABESS (Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social), atual ABEPSS (Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social), a qual, juntamente com o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS) e Executiva Nacional dos Estudantes de

Serviço Social (ENESSO), possuem historicamente um comprometimento com a formação profissional.

Nos seus primórdios, as bases do processo de formação da profissão seguiam os princípios da Doutrina Social da Igreja, no ideário franco-belga de ação social e no pensamento de São Tomas de Aquino (século XII): o tomismo e o neotomismo (YAZBEK, 2009). Com amadurecimento, influenciada pelas perspectivas norte-americanas, a categoria passa por um processo de tecnificação, utilizando na sua atuação profissional, a teoria social positivista / funcionalista (YAZBEK, 2009).

Conforme Yazbek (2009),

No caso do Serviço Social, um primeiro suporte teórico-metodológico necessário à qualificação técnica de sua prática e à sua modernização vai ser buscado na matriz positivista e em sua apreensão manipuladora, instrumental e imediata do ser social(...) O método positivista trabalha com as relações aparentes dos fatos, evolui dentro do já contido e busca a regularidade, as abstrações e as relações invariáveis (p. 6).

Nessa fase, tem-se a incorporação das abordagens norte-americanas individualistas de Caso, e posteriormente, das abordagens de Grupo e Comunidade, passando a tratar das manifestações da questão social de forma mais extensiva. Todavia, ainda carregando orientações moralistas e de valores humanistas no desenvolvimento da profissão.

Essa dimensão começa a ser questionada pela categoria em meados dos anos 1960, no âmbito da América Latina, com o movimento de reconceituação. Para Iamamoto (2017), esse movimento foi impulsionado pela intensificação das lutas sociais no continente que se refratavam na universidade, nas Ciências Sociais, na Igreja, nos movimentos estudantis, com nítidas particularidades nacionais. Recusou-se a importação de teorias e métodos alheios à nossa história, na crítica aos fundamentos das abordagens de Serviço Social de Caso, de Grupo e de Comunidade.

No Brasil, o movimento de reconceituação coincide com o período da Ditadura Militar, afetando o debate brasileiro, pois este assume outras tonalidades e recebe distintas influências, especialmente do vetor modernizador e tecnocrático, combinado com extratos da filosofia aristotélico-tomista no âmbito dos valores e princípios éticos, expresso nos Documentos de Araxá e de Teresópolis (IAMAMOTO, 2017).

Desse modo, mesmo com os avanços nas propostas de transformação social e os questionamentos críticos políticos nos anos 1960 e 1970, o Serviço Social é obrigado a recuar em suas propostas de renovação diante do autoritarismo e da censura imposta pelos militares.

Iamamoto (2017) destaca que

No período da crise da ditadura, o Serviço Social vive um descompasso: ao mesmo tempo em que dispõe de condições materiais para dar o salto necessário visando responder ao avanço das lutas pelos direitos sociais e políticos, carecia de massa crítica para embasar uma autorrenovação nesses rumos (pp. 26 – 27).

Para Netto (1990), a renovação do Serviço Social, sob a autocracia burguesa, durante a ditadura militar, atravessou três perspectivas: perspectiva modernizadora, reatualização do conservadorismo e intenção de ruptura.

No que toca à distribuição diacrônica da elaboração profissional, nosso exame sugere um cenário em que se registram três momentos privilegiados de condensação de reflexão: o primeiro cobre a segunda metade dos anos sessenta, o segundo é constatável um decênio depois e o terceiro se localiza na abertura dos anos oitenta. Esta distribuição de alguma maneira se relaciona com os organismos que sustentam o processo de renovação: no primeiro momento, o impulso organizador é praticamente monopolizado pelas iniciativas do CBCISS, que então abre a série dos seus importantes “seminários de teorização”. No segundo, além da presença dessa entidade, verifica-se especialmente a objetivação das inquietudes sistematizadas no âmbito dos cursos de pós-graduação, inaugurados pouco antes. No terceiro, acresce-se a estas duas fontes alimentadoras a intervenção de organismos ligados às agências de formação (ABESS) ou diretamente à categoria profissional (como as associações profissionais, posteriormente sindicatos, CENEAS etc.) (NETTO, 1990, p. 153).

A vertente modernizadora foi caracterizada pela incorporação de abordagens funcionalistas, estruturalistas e positivistas. Com intenção de adequar o Serviço Social, havia uma linha baseada na teoria e na técnica, sem muitas reflexões aprofundadas da situação política vigente. Essa vertente *“aceita como inquestionável a ordem sociopolítica derivada de abril e procura dotar a profissão de referências e instrumentos capazes de responder às demandas que se apresentam nos seus limites”* (NETTO, 1990, p. 155).

A perspectiva caracterizada como reatualização do conservadorismo se inspira na fenomenologia, priorizando as concepções de pessoa, diálogo e transformação social (dos sujeitos) reatualizando abordagens psicologizantes da questão social presentes no pensamento inicial da profissão (YAZBEK, 2009).

Já a concepção da intenção de ruptura, diferentemente das vertentes anteriores, emergiu no quadro da estrutura universitária brasileira na primeira metade dos anos setenta, tendo por cenário a Escola de Serviço Social da Universidade Católica de Minas Gerais

(NETTO, 1990), e remeteu à aproximação à vertente marxista, levando a categoria profissional à consciência de sua inserção na sociedade de classes (YAZBEK, 2009). Todavia, num primeiro momento essa aproximação ocorreu sem o recurso ao pensamento de Marx, pois utilizavam-se interpretações das teorias de Marx por outros autores.

Esse momento na história do Serviço Social brasileiro foi um marco, pois a intenção de ruptura

(...) nas suas expressões diferenciadas, ela confronta-se com a autocracia burguesa: colidia com a ordem autocrática no plano teórico-cultural (os referenciais de que se socorria negavam as legitimações da autocracia), no plano profissional (os objetivos que se propunha chocavam-se com o perfil do assistente social requisitado pela “modernização conservadora”) e no plano político (suas concepções de participação social e cidadania, bem como suas projeções societárias, batiam contra a institucionalidade da ditadura). O fato central é que a perspectiva da intenção de ruptura, em qualquer das suas formulações, possuiu sempre um ineliminável caráter de oposição em face a autocracia burguesa, e este tanto distinguiu – enquanto vertente do processo de renovação do Serviço Social no Brasil – das outras correntes profissionais quanto respondeu pela referida trajetória (NETTO, 1990, p. 248).

O movimento de intenção de ruptura, portanto, inicia a efetivação da teoria social de Marx e contribui para a hegemonia teórico-metodológica desse pensamento até a atualidade. Essa teoria apreende o ser social a partir de mediações, ou seja, parte da posição de que a natureza relacional do ser social não é percebida em sua imediatez (YAZBEK, 2009) e contribuindo para a compreensão histórico-dialética das relações sociais na sociedade capitalista em sua totalidade.

Nota-se que o Serviço Social brasileiro age para romper as marcas conservadoras e modernizantes na sua história, estabelecendo direção ao pensamento e à ação do Serviço Social no país. Para Yazbek (2009), com o movimento de intenção de ruptura

a partir nos anos 80 e avançando nos anos 90, vai permear as ações voltadas à formação de assistentes sociais na sociedade brasileira (o currículo de 1982 e as atuais diretrizes curriculares); os eventos acadêmicos e aqueles resultantes da experiência associativa dos profissionais, como suas Convenções, Congressos, Encontros e Seminários; está presente na regulamentação legal do exercício profissional e em seu Código de Ética (p. 151).

Com a recriação da profissão, concomitantemente no período da redemocratização do país, há um avanço na produção de conhecimento no Serviço Social brasileiro, nas quais a tradição marxista aparece hegemonicamente nos referenciais teórico-metodológicos e interventivos.

## **1. A produção de conhecimento no Serviço Social brasileiro**

A produção de conhecimento no Serviço Social brasileiro está intimamente relacionada ao desenvolvimento e ao avanço dos Programas de Pós-Graduação criados no Serviço Social no Brasil. Esses programas iniciaram na década de 1970 justamente com o avanço do Projeto de Ruptura do Serviço Social. Em 1972, foi criado o primeiro Mestrado em Serviço Social na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ), seguindo-se, no mesmo ano, a criação também do Mestrado na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP); e em 1981, iniciou-se o primeiro doutorado em Serviço Social da América Latina na PUC-SP (CARVALHO; SILVA, 2007).

Com o movimento de reconceituação latino-americano houve também a formação do Centro Latino-Americano de Trabalho Social (CELATS) em 1977. Esse centro é caracterizado como braço acadêmico da Associação Latino-Americana de Escola de Serviço Social (ALAETS) e teve importante contribuição no fortalecimento da pós-graduação na América Latina (ABEPSS, 2017)

Para Carvalho e Silva (2007), a produção de conhecimento no Serviço Social brasileiro foi impulsionada por professores motivados pelo ideal de desenvolver a vida acadêmica e a produção científica, com pesquisa qualificada; e significou o rompimento com a postura positivista de separação entre o pensar e o agir, que durante décadas manteve os assistentes sociais como meros sujeitos da intervenção profissional e consumidores de teorias elaboradas por outras disciplinas profissionais.

Desse modo, é possível identificar os seguintes avanços no Serviço Social brasileiro nesse período:

Salto qualitativo na área da formação profissional com o desenvolvimento de um projeto a partir das novas alternativas de intervenção profissional em construção; da inserção do Serviço Social no contexto universitário; do avanço da produção acadêmica e da pós-graduação; significativo avanço da participação dos assistentes sociais brasileiros em atividades de pesquisa e na produção de conhecimento, passando estas a serem consideradas, no âmbito da profissão, como atribuição profissional fundamental. O resultado foi uma rica produção científica sobre as políticas sociais, sobre a profissão e sobre questões sociais relevantes, o que faz com que o Serviço Social seja considerado área específica de conhecimento no campo das Ciências Sociais Aplicadas pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pela Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes); a consolidação da ação profissional no campo das Políticas Públicas de cunho social, constituindo-se sujeito ativo do processo político que culminou com a Constituição Brasileira de 1988, onde ficou instituída a Seguridade Social no país, compondo-se da Política da Saúde, da Previdência Social e da Política de Assistência Social, passando esta, por conseguinte, a assumir o



status de Política Pública; participação direta na luta pela inclusão da participação social como princípio constitucional, permitindo a instituição de conselhos de gestão direcionados ao desenvolvimento do controle social nas Políticas Públicas, o que representa, na atualidade, campo relevante de prática para os profissionais de Serviço Social nos municípios brasileiros (CARVALHO; SILVA, 2007).

Verifica-se que a pesquisa assume um papel importante na formação e atuação profissional dos/as assistentes sociais, sobretudo em meados dos anos 90, quando a formação dispõe de um projeto pedagógico que contempla um conjunto de valores e diretrizes, as quais determinam a necessidade de um sólido referencial teórico-metodológico, que permita um rigoroso tratamento crítico-analítico, um conjunto de valores e princípios sociocêntricos adequados ao *ethos* do trabalho e um acervo técnico-instrumental que sirva de referência estratégica para a ação profissional (GUERRA, 2009).

É importante destacar também as articulações desempenhadas pelas entidades representativas do Serviço Social na produção de conhecimento da categoria. Conforme visto no item anterior, as entidades ABPESS, CFESS/CRESS e ENESSO, bem como o CELATS e a ALAETS, tiveram um papel importante no comprometimento da formação profissional dos assistentes sociais ao longo de sua história e na busca de ruptura com o conservadorismo.

Essas entidades proporcionaram um campo de discussão e organização da categoria que culminaram na construção do currículo de 1982 e do atual em 1993; das modificações nas diretrizes curriculares; e na construção da atual Lei de Regulamentação da Profissão e do Código de Ética em 1993.

A Lei de Regulamentação da Profissão, Lei nº 8.662 de 1993, por exemplo, atribui como competências aos assistentes sociais a coordenação e execução das políticas sociais, projetos e programas, mas também avaliá-los, coordenar pesquisas, realizar vistorias, perícias e laudos, emitir parecer técnico, formar assistentes sociais etc. Destacando a natureza investigativa da categoria.

Esses importantes marcos na história do Serviço Social brasileiro expressam também a construção do Projeto Ético Político (PEP) da profissão. Para Netto (1999), o PEP do Serviço Social brasileiro iniciou sua construção na transição da década de 1970 para a de 1980 e molda a auto-imagem da profissão, ademais seus objetivos, funções e valores.

No núcleo do PEP está o reconhecimento da liberdade como valor central, sendo entendida como possibilidade de escolha entre alternativas concretas, envolvendo um compromisso com a autonomia, com a emancipação e com a expansão dos indivíduos sociais,

como também na construção de uma nova ordem social, sem exploração/dominação de classe, etnia e gênero (NETTO, 1999).

É válido destacar que o projeto assume compromisso com o aperfeiçoamento intelectual dos profissionais, pois dá ênfase na formação acadêmica “qualificada e fundada em concepções teórico-metodológicas críticas e sólidas, capazes de viabilizar uma análise concreta da sociedade (NETTO, 1999).

Carvalho e Silva (2007) destacam que

Esse Projeto Profissional, ainda hegemônico no Serviço Social Brasileiro, vem se desenvolvendo com avanços e recuos, visto considerar que a profissão, ao se situar no âmbito das relações sociais, é sujeito social, mas também sofre as determinações postas em cada conjuntura. De modo que o reatamento do Projeto Profissional de Ruptura do Serviço Social Brasileiro imprimiu novos traços nas três dimensões configurativas da profissão: a dimensão organizativa, a dimensão acadêmica (formação profissional e produção científica) e a dimensão de intervenção na realidade social, no âmbito das instituições estatais, das organizações não governamentais, bem como junto aos movimentos sociais e sindicais (p. 196).

Pode-se concluir que a produção de conhecimento no Serviço Social brasileiro avançou significativamente nas últimas décadas garantindo o “*estatuto da maioria intelectual da profissão*” (GUERRA, 2009). No entanto, as transformações nas condições e relações sociais, principalmente no início da década de 1990 com a consolidação do neoliberalismo no país, transformaram e afetaram também a profissão.

Dentre os mecanismos e práticas sociais neoliberais que se fazem presentes nas políticas sociais contemporâneas e exercem decisiva influência nos circuitos decisórios da política social, destacam-se: focalização na pobreza extrema; privatização das políticas sociais; centralidade dos programas de transferência de renda; e regressividade tributária (PEREIRA; SIQUEIRA, 2010). A atuação dos/as assistentes sociais, portanto, sofre os impactos das modificações no mundo do trabalho e das modificações das intervenções estatais.

Desse modo, mais que nunca se faz necessário a busca ao pensamento crítico para os enfrentamentos cotidianos que desafiam a atuação profissional em consonância com o PEP dos assistentes sociais. Conforme conclui Guerra (2009)

Se o conhecimento crítico é um dos caminhos para a liberdade, autonomia, competência e compromisso, não se compreende os novos cenários, não se enfrenta a barbárie social, não se combate a ofensiva neoliberal, não se estabelece alianças com a sociedade civil organizada, não se alcança novas legitimidades profissionais, não se efetiva os princípios e valores do projeto profissional, não se forma profissionais críticos e competentes, sem a pesquisa científica (p. 11).

Considerando a importância da pesquisa científica na intervenção dos profissionais do Serviço Social e na defesa da Reforma Psiquiátrica e das pessoas em situação de sofrimento mental, analisaremos brevemente a produção de conhecimento do Serviço Social em Saúde Mental na próxima seção.

## **2. Análise da produção de conhecimento em Serviço Social na área de Saúde Mental nos anos de 2008 a 2018.**

Investigaremos agora, portanto, a produção de conhecimento em Serviço Social na área de Saúde Mental no período de 2008 a 2018. Para tanto, serão utilizadas para a análise as publicações de artigos de quatro revistas científicas brasileiras: a Revista Ser Social; a Revista Serviço Social e Sociedade; a Revista Textos e Contextos; e a Revista Argumentum.

A Revista Ser Social está vinculada à Universidade de Brasília (UnB) – Departamento de Serviço Social (SER) e possui classificação no estrato A2 do sistema Qualis Capes. Ela publica semestralmente trabalhos científicos nacionais e internacionais sobre assuntos atuais e relevantes no âmbito da Política Social, do Serviço Social, áreas afins e suas relações interdisciplinares nos formatos: artigos, ensaios, entrevistas e resenhas. Cada edição focaliza uma temática, previamente definida pelo Colegiado da Pós-Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social – SER/IH/UnB.

A Revista Serviço Social e Sociedade possui ligação com a Cortez Editora e existe desde 1979, publicando quadrimestralmente. Ela possui classificação A1 no sistema Qualis Capes e divulga trabalhos científicos – artigos, entrevistas, resenhas, debates etc – em áreas de Serviço Social e de Ciências Humanas e Sociais, de teoria social e de políticas públicas e temas da realidade brasileira e mundial.

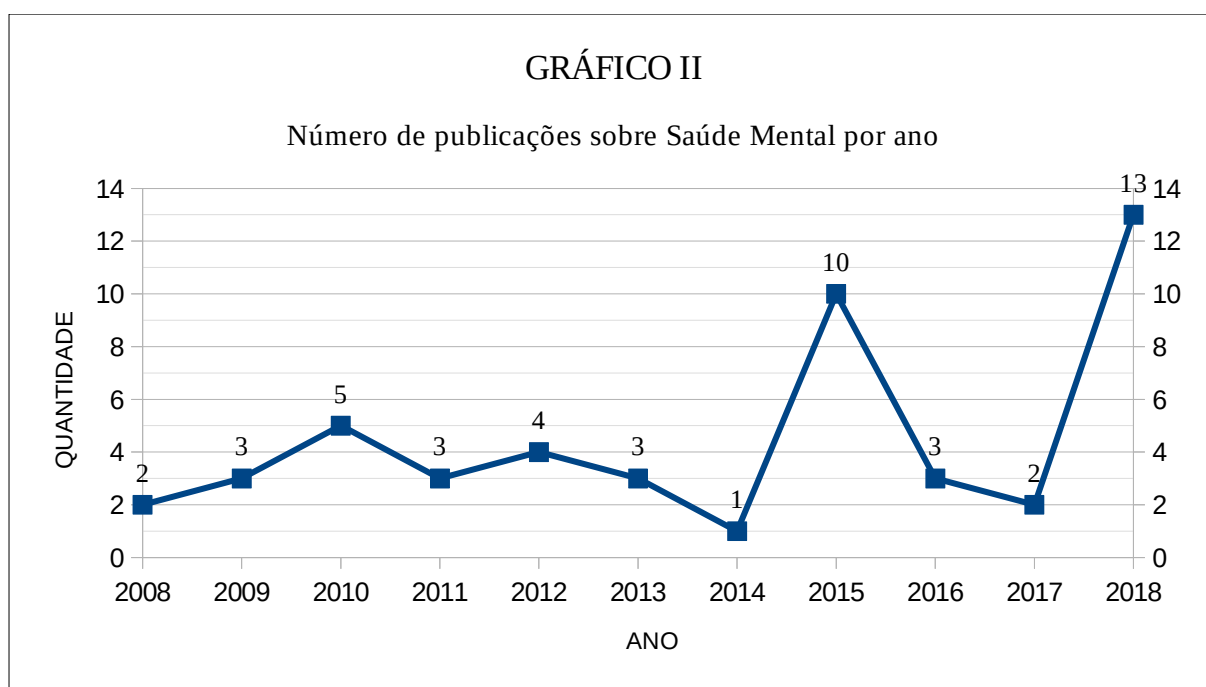
A Revista Textos e Contextos é editada na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS) e ligada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da universidade. Possui classificação Qualis Capes A2. Publicada semestralmente desde 2006, a revista tem seu eixo articulador na questão social, sendo seu objetivo o de contribuir para a construção de conhecimentos em Serviço Social e em campos correlatos de saber, com ênfase em eixos relativos às políticas sociais, em direitos humanos e em processo sociais, bem como no trabalho e na formação em Serviço Social.

Já a Revista Argumentum está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e possui classificação Qualis A2.

Publicou semestralmente no período de 2009 a 2015, e quadrimestralmente a partir de 2016. As pesquisas são publicadas nas modalidades: artigos temáticos, temas livres, ensaios, resenhas, resumo de dissertações e entrevistas. Com caráter interdisciplinar, a revista faz publicações nos eixos: Política social; Estado e Sociedade, e suas diversas interações.

Portanto, as revistas analisadas abordam temas relevantes relacionados ao Serviço Social, à política social e às manifestações da questão social na sociedade. Diante disso, veremos como foi a discussão da política de Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica nos últimos dez anos nas referidas publicações.

Analisou-se um total de 106 edições e de 1.286 publicações; dentre artigos, debates, resumos e entrevistas, no período de 2008 a 2018. O total de publicações relacionadas à temática de Saúde Mental foi de 49 itens no referido período, e é expresso no gráfico e na tabela a seguir.



Fonte: Elaborado pelo autor

Tabela I – Número de publicações por revista

REVISTA	NÚMERO DE PUBLICAÇÕES (2008 - 2018)
SER SOCIAL	8
SERVIÇO SOCIAL E SOCIEDADE	7

TEXTOS E CONTEXTOS	8
ARGUMENTUM	26

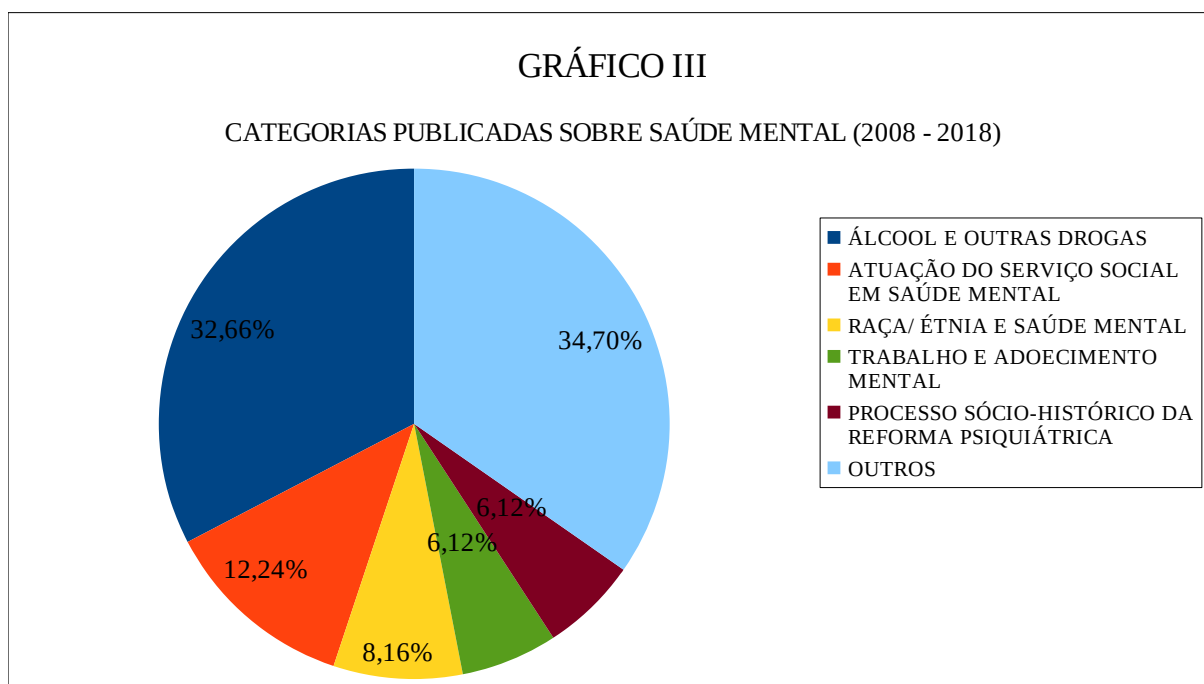
*Fonte: Elaborado pelo autor*

Com uma média de quatro publicações sobre a temática por ano, percebe-se uma certa constância nas publicações, com exceção dos anos de 2015 e 2018, nos quais houve aumento significativo de trabalhos publicados.

Uma justificativa plausível para tal discrepância é devido ao fato de que a Revista Argumentum reservou ao volume 10, número 3 da edição de 2018; e ao volume 7, número 1 da de 2015 as publicação temáticas “*Política de saúde mental: retrocessos à vista?*” e “*Política de drogas no mundo: proibicionismo x antiproibicionismo*”, respectivamente. Isso resultou em um número significativo de publicações nesses anos, conforme expresso no gráfico acima.

Das 106 edições analisadas constatou-se que algumas revistas abordaram a temática de saúde mental com mais intensidade e frequência. A Revista Argumentum, por exemplo, foi a que mais publicou sobre o tema, totalizando 26 trabalhos científicos. Por outro lado, a Revista Ser Social publicou apenas 7 trabalhos sobre o assunto no mesmo período.

Em relação aos assuntos abordados nas pesquisas publicadas no decênio, destacam-se temas relacionada ao abuso de álcool e outras drogas, seguido de estudos sobre a atuação do Serviço Social em Saúde Mental. A porcentagem de publicações relacionadas à saúde mental é demonstrada no gráfico a seguir.



Fonte: Elaborado pelo autor.

A quantidade expressiva de publicações sobre “*Álcool e Outras Drogas*” pode ser explicada pela publicação da 7ª edição da Revista Argumentum “*Política de drogas no mundo: proibicionismo x antiproibicionismo*”; ou pelo fato de que essa temática, aparentemente, não prescreve as subjetividades dos sujeitos, campo de pesquisa mais abordado por pesquisadores do campo *psi*.

É importante destacar também que a categoria “*Outros*”, com 34,7% das publicações, reflete a diversidade de assuntos sociais que podem ser abordados no campo de Saúde Mental. Nesse leque de possibilidades, surgiram publicações sobre: patologização e medicalização da vida; saúde mental na formação do curso de Serviço Social; judicialização e internação de pessoas com transtornos mentais; rede de saúde mental; entre outros.

Portanto, constata-se que existem diversos temas e subtemas a serem pesquisados em saúde mental, na sua dimensão sócio-política-econômica. Entretanto, alguns assuntos ainda são pouco explorados, tais como: orientação sexual e saúde mental; gênero e saúde mental; envelhecimento e saúde mental; classe e saúde mental etc.

Essas interseccionalidades, que perpassam a vida dos sujeitos coletivos e individuais, poderiam ser mais bem pesquisadas, para que não haja o risco da análise ser generalista ao ponto de se pensar que os sofrimentos mentais/psíquicos atingem os sujeitos e neles se

expressam de uma maneira mais ou menos similar nas diferentes classes, gêneros, idades, raças/etnias distintas, por exemplo.

A respeito da localização geográfica das publicações foi notado que mais da metade das publicações, aproximadamente 53%, concentraram na região sudeste do país, e a menor parte foi na região norte, com nenhuma publicação, e nordeste com apenas 6 publicações, aproximadamente 12%.

É importante destacar que, apesar de as revistas serem do Serviço Social, as pesquisas não foram apenas desse campo do saber. Houve uma certa diversidade nas publicações considerando as áreas de pesquisa dos pesquisadores.

Notoriamente, a maioria dos trabalhos publicados foram da área de Serviço Social, mas existiram publicações de pesquisadores da área da Psicologia, Sociologia, Direito, Filosofia, Relações Internacionais, História, Medicina, entre outros.

No apêndice deste trabalho serão apresentados detalhadamente os títulos dos trabalhos científicos, anos das publicações, revistas, nome dos autores, área de formação dos pesquisadores, bem como o estado desses trabalhos.

Considerando-se que, das 1.286 publicações examinadas, apenas 49 foram sobre Saúde Mental, ou seja, aproximadamente 4% dos trabalhos, pode-se inferir que o assunto “Saúde Mental” ainda não é muito privilegiado nas pesquisas do Serviço Social; e, portanto, há muitos assuntos dentro de saúde mental para serem explorados na categoria.

A atuação em Saúde Mental exige dos profissionais do Serviço Social um respaldo teórico que leve em consideração a totalidade dos sujeitos. Para Bisneto (2007), os profissionais do Serviço Social precisam compreender melhor o modo pelo qual as relações sociais e contextuais se enlaçam no processo de adoecimento psíquico, e como esse adoecer pode ser agravado por relações do tipo conservadoras, controladoras e disciplinadoras.

Mediante o exposto, espera-se maior produção de pesquisas em Saúde Mental pelo Serviço Social brasileiro nos próximos anos. Existe a tendência à mercantilização da loucura e as desigualdades sociais em constante ascensão agravam a situação de exclusão social histórica das pessoas com sofrimento mental.

Conforme destaca Bisneto (2007), o assistente social não deve ser apenas o profissional do cuidado, da atenção, mas deve ser um técnico que pode desenvolver a crítica à sociedade burguesa e à loucura na sua correlação com o capitalismo.

Portanto, para que haja uma contribuição efetiva do Serviço Social ao campo da Saúde Mental, é necessário um debate mais intenso e mais amplo sobre o tema entre os profissionais e teóricos do Serviço Social sobre. A complexidade do assunto exige que os profissionais tenham considerável base teórica.

Em relação ao debate sobre as contrarreformas na política de saúde mental, notou-se que houve um aumento expressivo na discussão nos artigos analisados a partir de 2016. Verifica-se, portanto, que as pesquisas estão acompanhando as transformações na sociedade brasileira. Todavia, ainda privilegiava as contrarreformas relacionadas às políticas de drogas.

O Serviço Social deve retomar a discussão teórica sobre subjetividade, sobre psicologias sociais de esquerda, de modo a contemplar os pressupostos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos preconizados pela ABEPSS.

O Serviço Social pode enfatizar, no Movimento de Reforma Psiquiátrica, a importância da luta de classes na conceitualização dos fenômenos sociais, numa perspectiva de totalidade econômica, política e ideológica. Para tanto, é necessário pesquisar, teorizar e publicar trabalhos científicos em Saúde Mental, atentando para as novas demandas, impostas pelas novas configurações da sociedade capitalista, fazendo ligação entre Saúde Mental e sociedade contemporânea (BISNETO, 2007).



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscaram-se ao longo da história diversas explicações para o fenômeno singular da loucura. No entanto, foi por meio do movimento de Reforma Psiquiátrica que se entendeu a loucura como um fenômeno social, político, histórico e institucional, principalmente por meio da perspectiva crítica e dialética. Deslocando-se, portanto, a centralidade biomédica e positivista para uma análise mais abrangente e total do adoecimento mental.

A Reforma Psiquiátrica contribuiu para o combate à desinstitucionalização e à exclusão dos usuários com sofrimento psíquico, no entanto, ainda existem limitações, sejam elas políticas e ou econômicas, as quais ainda dificultam o acesso à cidadania plena pelas pessoas com sofrimento mental.

Um dos maiores obstáculos para o avanço e consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil está na própria realidade social comandada pela ofensiva neoliberal. O neoliberalismo, com seu Estado mínimo, dificulta a efetivação de uma Política de Saúde Mental universal e integral e impossibilita a ampliação do controle social e do financiamento da saúde como um todo.

O Estado neoliberal reduz as políticas sociais à funcionalidade de manter a reprodução social a custos mínimos. A redução dos recursos públicos refere-se à redução aos serviços prestados pelo Estado aos trabalhadores, sem, no entanto, reduzir repasses de verbas à burguesia. É o Estado mínimo para o trabalho e máximo para o capital (NETTO, 2011).

O modelo econômico e político vigente tende a legitimar um Estado cada vez mais submisso aos interesses econômicos e políticos da burguesia em consonância com uma ampla prevalência da financeirização da economia. Esse modelo traz alguns princípios, como cortes em gastos sociais, disciplina orçamentária para controlar os gastos e restaurar uma taxa natural de desemprego, além de reforma fiscal que beneficia o mercado e flexibiliza os direitos sociais (SILVEIRA; DIAS, 2018).

Dessa maneira, o Estado se desresponsabiliza de responder as demandas das pessoas com sofrimento mental e transfere esse dever ao setor privado que objetiva principalmente o lucro. Nessa perspectiva, expande-se a mercantilização da loucura com o aumento dos repasses do fundo da saúde mental pública para instituições privadas, as quais não

necessariamente estão preocupadas com os direitos e a cidadania dos usuários, como as comunidades terapêuticas.

Os recentes ataques ao Estado Democrático de Direito brasileiro também contribuíram para o impulsionamento da privatização da saúde e da saúde mental no Brasil. O processo de desmonte da Política de Saúde Mental ganha força após o processo de *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff e da chegada ao poder do presidente Jair Bolsonaro em 2019.

Passos (2018) destaca que o final do ano de 2015 foi marcado por esse enorme retrocesso, já que foi a primeira vez, depois de 23 anos, que a política de saúde mental deixa de ser gerida por alguém que não fosse em prol da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial.

O cenário é de apreensão para os que lutam em prol das políticas de Saúde Mental. Os retrocessos são encabeçados por ações autoritárias, conservadoras e privatistas do Governo Federal no desmonte do SUS como um todo. E privilegia o fortalecimento da institucionalização e segregação das pessoas com sofrimento mental.

As atuais contrarreformas na Política de Saúde Mental retornam o incentivo à internação, principalmente do modo compulsória, e o consequente segregamento das pessoas com sofrimento mental. Num explícito afastamento do convívio desses indivíduos aos considerados sãos.

Destarte, há o fortalecimento dos manicômios na contramão da Luta Antimanicomial. Para Basaglia (2005), o manicômio é uma instituição de violência e sustenta a reprodução do capitalismo e a sua sociabilidade. Segundo Passos (2018), as instituições de violência – sejam elas manicômios, família ou prisões – são funcionais na reprodução das desigualdades e opressões, além de realizarem o controle dos corpos, comportamentos e subjetividades. E complementa que

O manicômio estrutura-se para além de uma edificação, pois mesmo com o fim do hospital psiquiátrico ainda experimentamos inúmeros formatos e formas de *apartheid* social, expressas pela via da medicalização e patologização da vida, pela internação compulsória, pela esterilização coercitiva, pela higienização urbana e demais fenômenos, ou seja, o manicômio é social, uma vez que ele está introjetado e reproduzido nas relações sociais (PASSOS, 2018, p. 13)

Fica evidente que o processo de Reforma Psiquiátrica é contínuo e envolve diversos atores sociais. O Serviço Social, enquanto profissão com formação política e social, contribuiu bastante no processo de questionamentos ao paradigma psiquiátrico brasileiro e na

consolidação da Reforma Psiquiátrica no país; e tem muito a contribuir, sobretudo, em tempos de regressão no campo político-institucional.

No entanto, é necessário refletir alguns limites da profissão na atuação da Política de Saúde Mental. Para Bisneto (2007), os principais problemas para a resolução metodológica em Serviço Social e Saúde Mental na história do Brasil e no contexto do Movimento de Reforma Psiquiátrica são: entrada tardia de um número maior de profissionais neste campo de atuação; inadequações teóricas (paradigmáticas); ambiente “grupalizante”; atuação em equipes multidisciplinares; psicologização das relações sociais; e dificuldades em ensino, pesquisa e publicação.

A base teórica no campo de Saúde Mental é de suma importância para a atuação de modo emancipador pelos assistentes sociais na Política de Saúde Mental. A unidade teoria-prática possibilita uma atuação profissional atrelada às dimensões técnico-operativa, teórico-metodológica e ético-política e de acordo com o Código de Ética e o PEP do Serviço Social.

Para Silva e Silva (2015), a pesquisa propicia, por meio da investigação, ricos subsídios que possibilitam ao profissional de Serviço Social a apreensão profunda – seguramente jamais exata – da realidade social em sua totalidade articulando teoria e prática no campo da *práxis* profissional.

Foi possível constatar que é necessário ainda maior produção de conhecimento pelo Serviço Social na área de Saúde Mental. Segundo Bisneto (2007), até 1997 só havia sido publicado no Brasil um livro e três artigos nas publicações mais relevantes de cunho nacional.

Nas publicações analisadas no último decênio, ficou evidente a constância de publicações num número pouco expressivo e a centralidade no debate de questões relacionadas ao abuso de álcool e outras drogas. Dificultando a análise na sua totalidade do processo de adoecimento mental.

É importante ressaltar também que a pouca produtividade do Serviço Social em matéria de Saúde Mental pode ser explicado pelo histórico uso de bases teóricas, pela categoria profissional, da fenomenologia, do funcionalismo e da psicologia, os quais foram fortemente criticadas e repensadas, pois contribuíram para a psicologização da vida social e pela análise privatista e individualista dos sujeitos, prejudicando a transformação social e a crítica à sociedade de classes.

Com o movimento de reconceituação buscou-se assegurar o não retorno de práticas conservadoras e moralizantes, que não refletiam e questionavam as contradições inerentes ao sistema capitalista e a barbárie da sociedade de classes.

Outro ponto relevante na análise do Serviço Social com a Saúde Mental é a recente inserção da categoria na pós-graduação. Esse fato contribuiu para a demora e insuficiência de discussões em diversas áreas, sobretudo na de Saúde Mental no Brasil.

É significativo o papel do Serviço Social no campo de saúde mental, seja na expansão da Política de Saúde Mental, com os serviços substitutivos, ou na construção de uma contra-hegemonia para conter o desmonte da política. Não numa perspectiva messiânica, mas sim enquanto uma profissão com formação que possibilita a análise crítica das situações concretas envolvendo a sociedade, a psiquiatria, as instituições e a luta de classes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEPSS – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. **CONTRIBUIÇÃO DA ABEPSS PARA O FORTALECIMENTO DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL NO BRASIL**. Brasília, 2017.

AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

\_\_\_\_\_. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Edição XX Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

**BASAGLIA, Franco. Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica**. (Org.) Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Política Social no contexto da crise capitalista**. In: Serviço Social: direitos e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPS, 2009.

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 9ª edição – São Paulo: Cortez, 2011.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: MS, 1987.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

\_\_\_\_\_. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas – 2ª Edição**. Conselho Federal de Psicologia. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério Público Federal. **Nota pública PFDC acerca da proposta de alteração da política nacional de saúde mental**. Brasília, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério dos Direitos Humanos. **Nota de Repúdio do Conselho Nacional de Direitos Humanos contra a Desfiguração da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.** Brasília, 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal do Serviço Social. **Mudanças na Política Nacional de Saúde Mental: mais uma ameaça do governo ilegítimo.** CFESS, 2017.

\_\_\_\_\_. Nota Técnica nº 19. **Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.** Brasília, 2019.

BRITES, Cristina Maria. **Psicoativos (drogas) e serviço social: uma crítica ao proibicionismo.** São Paulo: Cortez, 2017.

CARVALHO, D. B. B. de; SILVA, M. O. S. e. **A pós-graduação e a produção desconhecimento no Serviço Social brasileiro.** Brasília, 2007.

CONGRESSO NACIONAL DE TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL. **Manifesto de Bauru.** Bauru: MTSM, 1987.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura.** São Paulo: Perspectiva, 1972.

GUERRA, Yolanda. **A dimensão investigativa no exercício profissional.** In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **80 anos do serviço Social no Brasil: a certeza na frente, a história na mão.** Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo, n. 128, p. 13-38, jan./abr. 2017.

LIMA, Júlio César França. **A política nacional de saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história?.** In: Na corda bamba da sombrinha: A saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MÉSZÁROS, István. **O século XXI socialismo ou barbárie?** São Paulo: Boitempo Editorial, 2003.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec; 2006.

NETTO, José Paulo. **Crise do socialismo e ofensiva neoliberal.** 2 ed. São Paulo: Cortez, 1995. (Col. Questões de Nossa Época, v. 20).

\_\_\_\_\_. **Ditadura e Serviço Social: Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64.** São Paulo: Cortez, 1990.

\_\_\_\_\_. **A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social.** In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. Saúde e Serviço Social: Formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 1999.

\_\_\_\_\_. **Cinco Notas a Propósito da “Questão Social”**. In: Revista Temporalis nº 3. ABEPSS, 2001.

\_\_\_\_\_. **O materialismo histórico como instrumento de análise das políticas sociais**. In: NOGUEIRA, F. M. G.; RIZZOTTO, M. L. F. (Orgs) estado e políticas sociais: Brasil – Paraná. Cascavel: Edunioeste, 2003.

\_\_\_\_\_. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 8ª edição – São Paulo: Cortez, 2011.

OLIVEIRA, Priscilla Menezes de. **É caso para o GIPSI?: uma etnografia em saúde mental**. Dissertação (graduação). Brasília: Universidade de Brasília, 2011.

PASSOS, Rachel Gouveia. **Trabalho, Gênero e Saúde Mental: contribuições para a profissionalização do cuidado feminino**. São Paulo: Cortez, 2018.

PEREIRA, Potyara A. P. **Necessidades humanas: subsídio à crítica dos mínimos sociais**. 4ª ed. - São Paulo: Cortez, 007.

\_\_\_\_\_. **Política Social in: Temas & Questões**. São Paulo: Cortez, 2009.

PEREIRA, Camila Potyara; SIQUEIRA, Marcos César Alves. **As contradições da política de assistência social neoliberal**. In: Capitalismo em crise, política social e direitos. Ivanete Boschetti... [et al.] (orgs). - São Paulo: Cortez, 2010.

PEREIRA, S. L. B.; RIBEIRO, H. M.; SOBRINHO, J. I. de L. **A Política Social Brasileira: contribuições e contradições na construção da cidadania**. II Simpósio Internacional sobre Estado, Sociedade e Políticas Públicas. Teresina: Universidade Federal do Piauí, 2018.

SAFFIOTI, Heleieith I. B. **Força de trabalho feminina no Brasil: no interior das cifras**. Revista Perspectivas. São Paulo, 1985.

SILVA, José Fernando Siqueira da; SILVA, Maria Izabel da. **Pesquisa e Serviço Social: contribuições à crítica**. Revista Textos e Contextos. Porto Alegre, 2015.

SILVEIRA, Claudia Winter da; DIAS, Míriam Thaís Gueterres. **As competências do Serviço Social no Apoio Matricial em Saúde Mental**. In: Revista Argumentum. Vitória, v. 10, n. 3, p. 137-149, set./dez. 2018.

SOUZA, Édina Évelym Casali Meireles de. **A prática do Serviço Social nas instituições psiquiátricas de juiz de Fora/MG**. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica, 1986.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Crise Mundial, conjuntura política e social no Brasil, e os novos impasses teóricos na análise da reforma psiquiátrica no país**. Cadernos brasileiros de saúde mental, v.4, n.8, 2012.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social, Saúde Mental e Drogas**. São Paulo: Editora Papel Social, 2017.

YAZBEK, Maria C. **Fundamentos Históricos e Teórico-metodológicos do Serviço Social.** In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

YAZBEK, Maria C. **O significado sócio-histórico da profissão.** In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.



## APÊNDICE

	TÍTULO	ANO	REVISTA	AUTOR	ÁREA	ESTADO
1	Retrocessos na atenção a usuário de álcool e outras drogas	2018	Argumentum	Juliana D. L. Prundencio; Monica de C. M Senna	Serviço Social	Rio de Janeiro
2	Política de drogas no Brasil no cenário de violações aos direitos humanos	2018	Argumentum	Rodrigo Alvarenga; Jucimeri I. Silveira; Digiany da S. G. Teixeira	Serviço Social; Direito; Filosofia	Paraná
3	A reforma da Política Internacional de Drogas virá de baixo para cima	2015	Argumentum	Luciana Boiteux	Direito	Rio de Janeiro
4	Políticas sociais sobre drogas: um objeto para o Serviço Social brasileiro	2015	Argumentum	Rita C Cavalcante; Adriana P. Fonseca; Andrea P Rocha; Juliana B Vale	Serviço Social	Rio de Janeiro
5	Governamentalidade e usos de drogas no Brasil	2015	Argumentum	Carlos E. M Torcato; Tiago M Ribeiro	História; Educação	São Paulo
6	No caminho da rendição: cannabis, legalização e antiproibicionismo	2015	Argumentum	Clécio Lemos; Pablo O. Rosa	Direito; Sociologia	Rio de Janeiro
7	"Ponham as cartas na mesa e discutam essas leis": a luta pela legalização da maconha no Brasil	2015	Argumentum	Isabela Bentes	Sociologia	DF
8	Drogas pesadas em discussão no Primeiro Seminário sobre Psicodélicos do Rio de Janeiro	2015	Argumentum	Sandro E. Rodrigues; Fernando R Beserra	Psicologia	Rio de Janeiro
9	A prevenção e a política sobre drogas em escolas públicas do Distrito Federal	2015	Argumentum	M. L. P de Souza; J. A. de A Bottechia; J. do N. R. Martins; M. B. Lessa; D. R. J. Watanabe	Psicologia; Química; Ciência Política; Sociologia; Economia	DF
10	Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre as drogas: enfrentamento ao crack e proibicionismo	2012	Argumentum	Rita de C C Lima; Priscila Tavares	Serviço Social	Rio de Janeiro
11	Políticas de drogas e a coragem da luta	2012	Argumentum	Thiago Rodrigues	Relações Internacionais	Rio de Janeiro
12	Proibicionismo: há "pedras" no caminho	2012	Argumentum	Maria L. T. Garcia	Serviço Social	DF
13	Política sobre Drogas no estado do Espírito Santo	2016	Textos e Contextos	Fabiola X Leal; Caroline C M dos Santos; renata S de Jesus	Serviço Social	Espírito Santo
14	Alcoolismo Feminino: início do beber alcoólico e busca por tratamento	2010	Textos e Contextos	Dilma F Assis; Norida T de Castro	Serviço Social; Pedagogia	Minas Gerais
15	A política de descriminalização de drogas em Portugal	2013	Serviço Social e Sociedade	Vera Lúcia Martins	Serviço Social	Paraná
16	A caminho da UNGASS 2016	2015	Argumentum	João Castel-Branco Goulão	Medicina	Portugal
17	As competências do Serviço Social no Apoio Matricial em Saúde Mental	2018	Argumentum	Claudia W. da Silveira; Miriam G Dias	Serviço Social	Rio Grande do Sul
18	Serviço Social e Saúde Mental: atuação do assistente social em comunidade terapêutica	2015	Textos e Contextos	Camila B Woerner	Serviço Social	Santa Catarina
19	Atuação do Serviço Social na Saúde Mental: entre desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutive	2010	Textos e Contextos	Suleima G Bredow; Glória maria Dravanz	Serviço Social	Rio Grande do Sul
20	Desigualdades sociais, subjetividade e saúde mental: desafios para o Serviço Social	2011	Ser Social	Raquel de Matos Lopes Gentilli	Serviço Social	Vitória
21	O trabalho do serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental	2010	Serviço Social e Sociedade	Conceição Maria V Robaina	Serviço Social	Rio de Janeiro
22	Serviço Psi e Saúde Mental: um estudo sobre a prática profissional	2016	Ser Social	Mirella de Lucena Mota / Cleide Maria B. Rodrigues	Serviço Social	Pernambuco
23	A Reforma Psiquiátrica brasileira e a questão étnico-racial	2018	Argumentum	Fabiola X. Leal	Serviço Social	Espírito Santo
24	Impactos do racismo na subjetividade de indivíduos negros	2017	Ser Social	Lais G de Jesus / Mônica Rodrigues Costa	Serviço Social	Pernambuco
25	Reforma Psiquiátrica brasileira e Questão Racial: contribuições marxistas para a Luta Antimanicomial	2017	Ser Social	Rachel Gouveia Passos / Tales Willyan F Moreira	Serviço Social	Rio de Janeiro
26	"Holocausto ou Navio Negroiro?": inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira	2018	Argumentum	Rachel Gouveia Passos	Serviço Social	Rio de Janeiro
27	Reflexões sobre o adoecimento mental dos servidores técnico-administrativos em educação	2018	Argumentum	Lila de F de C Ramos; Kátia B Macêdo	Psicologia	Goiás
28	Desgaste mental de assistentes sociais: um estudo na área da habitação	2015	Serviço Social e Sociedade	Damares Vicente	Serviço Social	São Paulo
29	Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo	2011	Serviço Social e Sociedade	Edna Maria G Joazeiro	Serviço Social	São Paulo
30	Reforma Psiquiátrica e formação sócio-histórica brasileira: elementos para o debate	2018	Argumentum	Tathiana Meyre Gomes	Serviço Social	Rio de Janeiro
31	Política de Saúde Mental no Brasil e Paraguai: simetrias e assimetrias	2018	Argumentum	J. Domingues; M. G. da Silva; V. M. R. Nogueira; F. S. Neri	Serviço Social	Paraná
32	Políticas de salud mental en el Uruguay actual: algunos resultados de investigación	2018	Argumentum	B. Fernandez castro; A. Moreira; C. Palombo	Serviço Social; Psiquiatria	Uruguai
33	Serviços Residenciais Terapêuticos como instrumento de mudança nas concepções sobre saúde mental	2018	Argumentum	Marcos A. Fonsêca	Terapia Ocupacional	Minas Gerais
34	Patologização e medicalização da vida: epistemologia e política	2018	Argumentum	Vinícius P de Magalhães; Queila P P de Jesus	Serviço Social	Sergipe
35	Inovação tecnológica em saúde: o centro de atenção psicossocial como transformação do modelo assistencial	2018	Argumentum	Estela C. Barbosa; Flávia M. de Oliveira	Economia; Psicologia	Rio de Janeiro
36	Perigo do retrocesso às etapas primitivas da política social	2012	Argumentum	Ana maria Pitta	Psiquiatria	Bahia
37	A política de saúde mental em municípios de pequeno porte do Espírito Santo: entre mínimas equipes e múltiplos projetos	2009	Argumentum	Edneia F dos A Oliveira	Psicologia	Espírito Santo
38	Fórum de saúde mental no estado do Espírito Santo: tensões entre projetos na configuração de um espaço público	2009	Argumentum	Rossana Reis	Ciências Sociais	São Paulo
39	Repensando a cidadania e a justiça para a pessoa com transtorno mental: olhares a partir das teorias de Marshall e Fraser	2018	Textos e Contextos	Sofia L B Pereira; Simone de J Guimarães	Serviço Social	Piauí
40	A saúde mental na formação do Curso de serviço Social	2010	Textos e Contextos	Lucia M Patriota; M C Euralio; G S Lima; M D as Silva	Saúde Coletiva; Serviço Social	Paraíba
41	Programa CVV: Prevenção do suicídio no contexto das hotlines e do voluntariado	2008	Textos e Contextos	Carolina N de B F Dockhorn; Blanca S G Werlang	Psicologia	Rio Grande do Sul
42	Resistindo à reforma psiquiátrica brasileira: um estudo de caso de uma clínica psiquiátrica privada/ ES	2008	Textos e Contextos	Jackeline da S Souza; Maria L T Garcia	Serviço Social	Espírito Santo
43	Sentimentos, sofrimentos e realidades de adolescentes com base na relação Escola, Conselho Tutelar e Saúde Mental	2010	Ser Social	Geraldo P Silva Júnior / Eunice T Fávero	Psicologia; Serviço Social	São Paulo
44	Saúde Mental – em busca de um conceito	2009	Ser Social	Jamila Zgeit	Serviço Social	DF
45	Judicialização da questão social e a banalização da interdição de pessoas com transtornos mentais	2016	Serviço Social e Sociedade	Mônica S Barison; Rafael S Gonçalves	História; Serviço social	Rio de Janeiro
46	Saúde Mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos	2014	Serviço Social e Sociedade	Graziela Scheffer; Lahana Gomes Silva	Serviço Social	Rio de Janeiro
47	Saúde Mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses	2013	Serviço Social e Sociedade	Lucia Cristina dos S Rosa; Rosana Teresa Onocko Campos	Saúde Coletiva; Serviço Social	São Paulo
48	Sofrimento social	2013	Serviço Social e Sociedade	Rosângela Werlang; Jussara Maria Rosa Mendes	Psicologia; Serviço Social	Rio Grande do Sul
49	O Transtorno da Interação: o caso dos Adolescentes com transtorno mental em cumprimento de medida socioeducativa de internação	2011	Ser Social	Natália P Gonçalves	Serviço Social	DF

LEGENDA	
CATEGORIA	COR
ALCOOL E OUTRAS DROGAS	
ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE MENTAL	
RAÇA/ ETNIA E SAÚDE MENTAL	
TRABALHO E SAÚDE MENTAL	
PROCESSO SÓCIO-HISTÓRICO DA REFORMA PSQUIÁTRICA	
OUTROS	